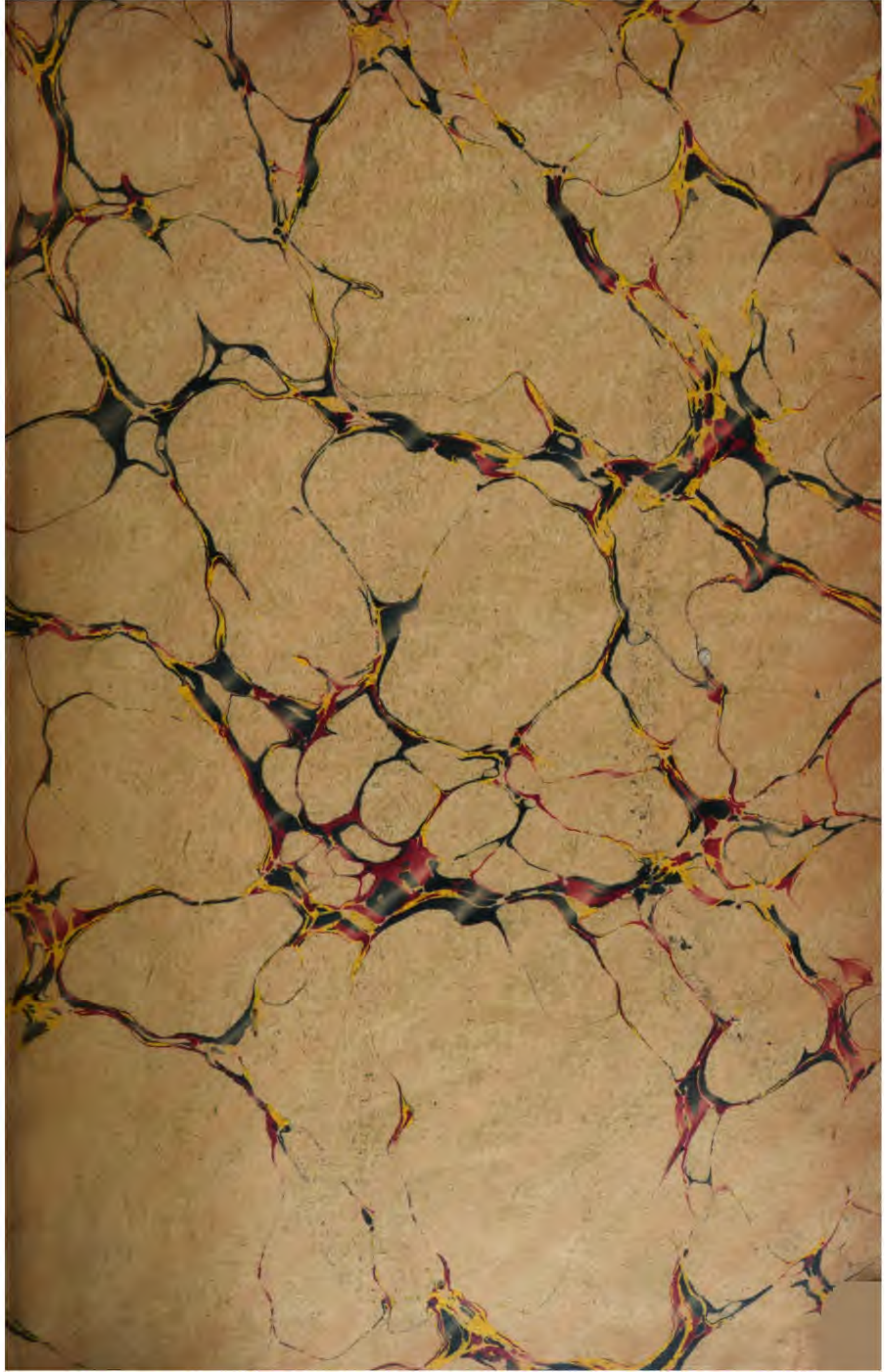
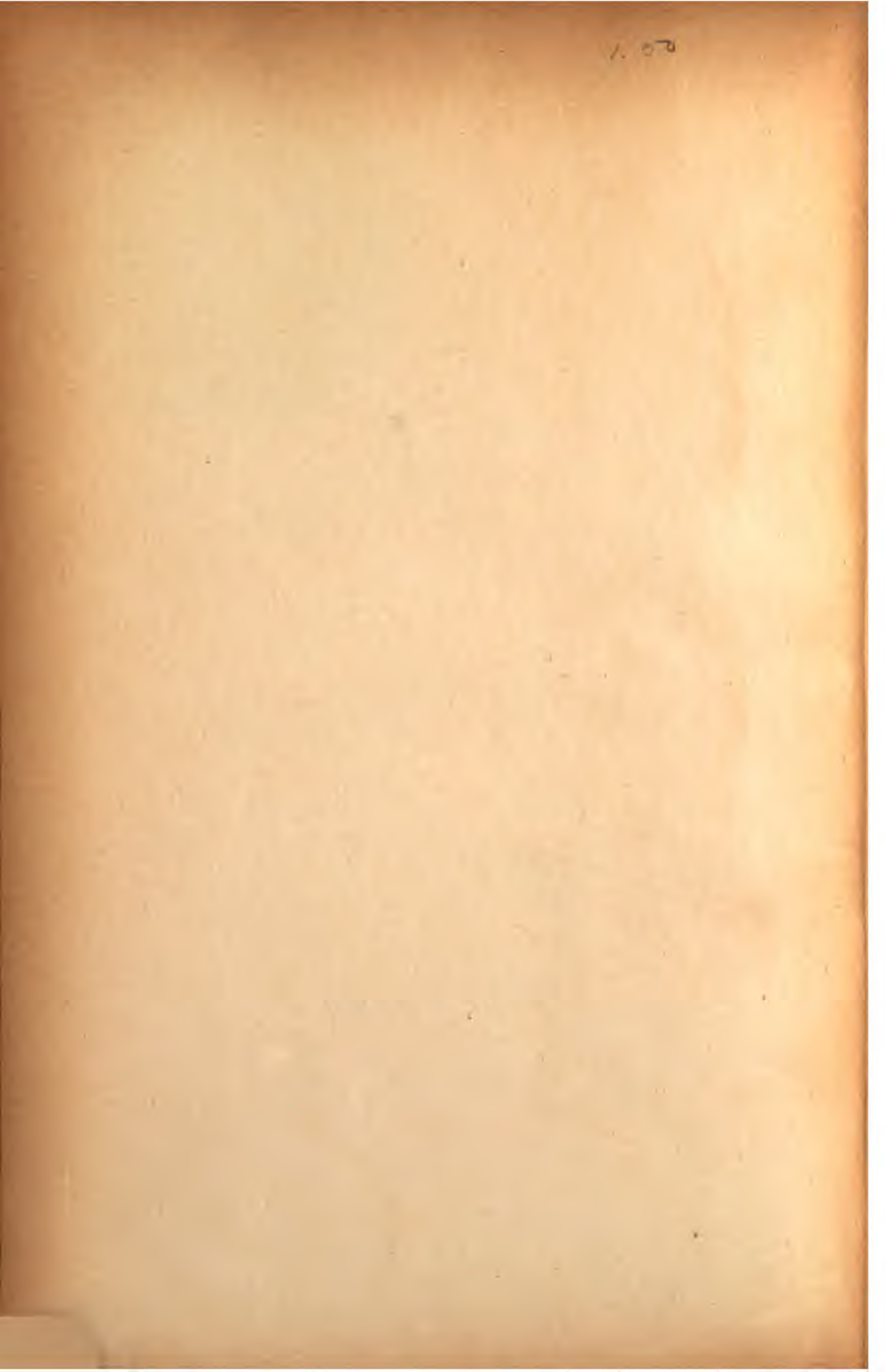

COUNTWAY LIBRARY
HC 2MX2 2


Library
Boston Psychopathic
Hospital
Boston, Massachusetts
WITHDRAWN
WITHDRAWN





DES
ANESTHÉSIES PSYCHIQUES
DITES
Nerveuses ou Hystériques

Etude historique, clinique, expérimentale et critique

PAR LE

DOCTEUR PAUL BLUM

Ancien Interne des Hôpitaux
Ancien Préparateur de Médecine légale
Lauréat de la Faculté de Médecine

Préface de M. le Professeur BERNHEIM, de Nancy

PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR, 8, PLACE DE L'ODÉON

1906

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR BERNHEIM

En témoignage de reconnaissance
et de dévouement

PUBLICATIONS ANTÉRIEURES

---

1. **Etude d'un cas de rypophobie.** *Archives générales de Médecine*, mars 1904.
2. **Un cas d'intoxication subaiguë par le sublimé.** *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, août 1904 (avec M. le Pr L. Spillmann).
3. **Nécessité de la construction d'un pavillon d'isolement à l'hôpital de Nancy.** *Revue médicale de l'Est*, 1904 (avec M. Gœpfert).
4. **Pyopneumothorax. Dextrocardie par refoulement.** *Société de Médecine de Nancy*, juillet 1904 (avec M. Perrin).
5. **Anévrysme latent de l'aorte ouvert dans la plèvre.** *Société de Médecine de Nancy*, juillet 1904 (avec M. Perrin.)
6. **Petite épidémie de variole à Nancy.** *Revue médicale de l'Est*, mai 1905 (avec M. Perrin.)
7. **Néoplasme latent de l'estomac, compliqué d'accidents ayant simulé une péritonite tuberculeuse.** *Société de Médecine*, mai 1905 (avec M. Perrin).
8. **Trois cas de rhumatisme tuberculeux.** *Société de Médecine*, mai 1905 (avec M. Perrin.)
9. **Un cas de gastrite phlegmoneuse, terminé par guérison.** *Société de Médecine*, juillet 1905 (avec M. Perrin.)
10. **Un cas de méningite subaiguë.** *Société de Médecine*, juillet 1905 (avec M. Perrin).
11. **Maladie de Basedow consécutive à l'ablation des ovaires.** *Société de Médecine*, octobre 1905 (avec M. Perrin).

12. **Maladie de Basedow et hallucination**. *Société de Médecine*, octobre 1905 (avec M. Perrin).
13. **Conditions étiologiques générales de la tuberculose.** Enquête sur 59 tuberculeux hospitalisés. Rapport au Congrès international de la tuberculose, 1905 (avec M. Amselle).
14. **Alcoolisme et tuberculose.** Statistique, in-Rapport de Mr Mangin au Congrès international de la tuberculose, 1905.
15. **Pendaison-suicide. Lésions de la colonne vertébrale.** *Revue médicale de l'Est*, décembre 1905 (avec M. le Pr Parisot)
16. **Tuberculose cavitaire. Evolution clinique anormale** *Société de Médecine*, janvier 1906 (avec M. Perrin).
17. **Asphyxie symétrique des extrémités**. *Société de Médecine*, janvier 1906 (avec M. Perrin).
18. **Un cas de langue noire.** *Société de Médecine*, janvier 1906 (avec M. Perrin).
19. **Claudication intermittente et gangrène dues à une lésion artérielle.** *Société de Médecine*, janvier 1906 (avec M. Perrin).

PRÉFACE

Cette étude que mon excellent ancien interne, le Docteur Blum, me prie de présenter au public médical, est une des plus intéressantes, des plus captivantes que soulève la psychologie clinique. Elle jette un jour lumineux sur la doctrine de la suggestion, telle que, l'ayant reçue de Liébeault, nous l'avons confirmée et développée.

Des anesthésies se produisent, sans aucune lésion microscopique ou macroscopique qui les explique. Telles, celles que la suggestion expérimentale réalise immédiatement chez certains sujets ; telles, celles qu'une émotion morale provoque instantanément chez d'autres. Ces anesthésies créées par une influence psychique, qui peuvent apparaître, parfois disparaître soudainement, ou au contraire, durer longtemps, sont dites psychiques. La fonction de la sensibilité est annihilée dans une région par l'esprit seul, par le cerveau psychique.

Deux mécanismes, peut-être trois, paraissent intervenir, qu'il faut bien différencier. Un soldat, dans le feu de la bataille, reçoit une balle ou un coup de sabre ; il ne sent rien. La vue du sang, seule, lui apprend qu'il est blessé. Voici un homme qui dans un violent accès de colère, se

heurte et se fait une grave contusion, sans rien sentir. Dans ces cas, l'impression n'a pas pénétré dans le domaine de la conscience.

Le cerveau conscient, tout entier absorbé, par une émotion vive, reste fermé à toute autre impression émanant du monde extérieur ; les cellules œsthésodiques de l'écorce cérébrale actionnées par le dynamisme émotif spécial, figées pour ainsi dire dans leur modalité, restent inertes et impénétrables pour toute autre impression.

C'est l'anesthésie psychique par distraction, comme l'appelle M. Blum ; on pourrait aussi dire par concentration. Le champ de la conscience, concentré sur une impression n'en reçoit pas d'autres. Ainsi en est-il aussi de certains aliénés analgésiques, dont l'esprit concentré sur leur idée délirante, sur leur obsession hallucinatoire, n'accepte plus les impressions douloureuses.

Tel est le premier mécanisme. Ce n'est pas celui des anesthésies dites nerveuses, hystériques, ou suggestives qui font l'objet de ce livre, celles qui surviennent chez les hystériques, chez les nerveux, à la suite de choc moral ou traumatique, celles qu'on crée chez les suggestibles par affirmation simple, à l'état de veille ou de sommeil.

Ces anesthésies si fréquentes dans leurs diverses variétés, hémianesthésie sensitivo - sensorielle, anesthésie d'un membre ou d'une région, anesthésie d'un ou plusieurs sens, sans lésion déterminante, ressortissent d'un autre mécanisme. Ici l'impression arrive au sensorium, aux cellules corticales ; elle pénètre dans le domaine de la conscience ; elle est perçue, consciemment perçue, et si le sujet dit et écrit qu'elle ne l'a pas été, s'il se comporte comme s'il simulait, c'est qu'il est dupe d'une illusion de son esprit ; c'est une illusion négative qui efface le souvenir de l'impression perçue. Le phénomène de conscience, sen-

sation, est annihilé par l'esprit qui, actionné par l'idée fixe de l'anesthésie, lui superpose une amnésie immédiate.

Toutes les théories de l'anesthésie nerveuse, hypnotique ou hystérique, examinées par M. Blum, celles de Binet, de Janet, de Grasset, basées sur l'idée inexacte que la sensation n'a pas pénétré dans le champ de la conscience sont infirmées par ce fait, que les expériences relatées par M. Blum rendent irréfutable : l'anesthésie nerveuse est presque toujours consciente.

Voici, par exemple, un sujet atteint d'hémianesthésie complète sensitivo-sensorielle gauche, qu'elle soit née spontanément chez un hystérique, ou qu'elle ait été créée expérimentalement chez un suggestible. J'examine l'œil gauche, il ne voit rien, absolument rien. L'œil droit fermé, le sujet est aveugle. Or si je place un prisme devant l'œil droit ouvert, et devant ce prisme, un objet, plume par exemple, la plume est vue double ; les deux images variant de position suivant celle qu'on donne au prisme, les deux images également nettes. L'une d'elles est fournie évidemment par l'œil gauche qui est censé ne pas voir. Donc il voit au moment même où le sujet croit ne pas voir. Donc l'impression pénètre dans la conscience du sujet qui dans ce cas, ignorant la propriété du prisme, ne songe pas à effacer le phénomène de conscience. Avec l'appareil de Snellen Donders, j'établis la même preuve ; et par des procédés bien simples, je démontre que les anesthésies auditive, gustative, olfactive et auditive sont créées par le même mécanisme : les sensations sont perçues, conscientes dans le plus grand nombre des cas ; mais le souvenir est effacé par auto suggestion immédiate.

Ces expériences, j'ai pu les réaliser chez tous les sujets, pendant toute la durée de l'anesthésie, pour ce qui concerne les anesthésies sensorielles ; et je m'étonne que cette

vérité si facile à vérifier, n'ait été ni comprise, ni admise par ceux qui m'ont lu.

Puissent les expériences, relatées par M. Blum, être répétées par les observateurs : l'évidence s'imposera !

Cependant, je ne serais pas complètement vrai, si j'affirmais que ce mécanisme, incontestablement démontré, me satisfait de tous points, et qu'il soit suffisant à expliquer tous les faits d'observation ; je suis obligé d'invoquer un troisième mécanisme.

Voici pourquoi. Quand avec une épingle, je pique à l'insu du malade, son membre affecté d'anesthésie nerveuse, le sujet a un mouvement réflexe, et sa physionomie reflète la douleur perçue, bien qu'il affirme de bonne foi n'avoir rien senti. Si ensuite, je continue, le sujet étant prévenu, à piquer, à électriser, il ne trahit plus aucune réaction et reste impassible, ce qu'il ne pourrait pas faire, si je traitais de la même façon l'autre bras sensible, et je puis continuer indéfiniment à le torturer ainsi, sans aucun signe de conscience. Peut-on admettre que la sensation douloureuse perçue d'une façon continue et prolongée puisse être annihilée à chaque instant par l'amnésie, de façon à donner l'illusion d'une analgésie continue. Bien plus, chez certains de ces anesthésiques, quand cette anesthésie date déjà depuis un certain temps et est pour ainsi dire, assimilée, je fais l'expérience suivante : Je cause au sujet ; je le fais causer et rire. Pendant ce temps, une personne placée derrière lui, plonge l'épingle dans la région insensible, sans qu'il s'en doute. Or il continue à causer, à rire, comme si de rien n'était. Aucun mouvement, aucun geste ne trahit la moindre sensation, tandis qu'il pousse un cri aussitôt qu'on pique la région sensible. Ici le sujet n'a pas eu le temps de se cuirasser contre la douleur ; s'il y avait eu sensation consciente, puis amnésie, les deux phé-

nomènes n'auraient pu se suivre d'assez près pour que la première sensation imprévue put être effacée en même temps qu'elle se produisait. La sensation devait précéder son amnésie et le réflexe douloureux aurait eu le temps de se manifester.

Certains sujets ainsi expérimentés, déroutent toutes les tentatives qu'on fait pour les prendre en flagrant délit de simulation ou d'àuto-suggestion ; et l'impression que nous avons eue nettement dans ces cas, est que la sensation n'est pas consciente, que certains analgésiques nerveux, peuvent devenir au bout d'un certain temps, ou après un certain nombre d'expérimentations, réellement, c'est-à-dire, organiquement analgésiques. L'anesthésie d'abord purement psychique, peut devenir, au moins momentanément, organique.

Ceci n'a rien d'extraordinaire. Toute idée évoquée par le cerveau tend à devenir acte. La cellule cérébrale, actionnée par une idée, actionne les prolongements nerveux du neurone qui doivent le réaliser. L'idée d'une diarrhée peut créer la diarrhée, c'est-à-dire déterminer une congestion active avec catarrhe de la muqueuse intestinale ; l'idée ou l'image psychique d'une nausée crée un vomissement, celle du baillement produit le baillement. Certains sujets ont des rougeurs, des éruptions, voire même des stigmates et des vésications par suggestion. J'ai expérimentalement démontré qu'on peut accélérer ou ralentir le pouls par numération accélérée ou ralentie à haute voix et que le mécanisme de ce phénomène de suggestion semble être dans le dynamisme périphérique, musculaire cardiaque, qui transforme l'énergie nerveuse en énergie musculaire. *(Revue de médecine* 1904. Page 912).

Si le cerveau actionné par l'idée, agit sur l'estomac, l'intestin, le cœur, les vaisseaux capillaires, il peut agir aussi

sans doute sur les nerfs de sensibilité et y produire des modifications organiques qui réalisent l'analgésie. L'idée devient acte, la suggestion se matérialise.

Des altérations visibles et tangibles ont été observées sur des mains affectées d'anesthésie dite hystérique ; œdème, teinte rouge congestive, ou au contraire pâleur avec ischémie, abaissement de température ; phénomènes matériels, corrélatifs de l'anesthésie et créés par l'impression psychique.

L'idée de l'anesthésie, son image psychique, ne peut-elle créer dans les fibres nerveuses des modifications moléculaires, dynamiques, peu profondes, invisibles au microscope qui ne montre d'ailleurs à nos sens que le nerf mort ; car nous ne savons pas ce qui se passe dans la cellule nerveuse, pendant qu'elle fonctionne : l'examen physique ou chimique ne nous montre pas le secret de ce fonctionnement, pas plus qu'il ne nous montre ce qui se passe dans un fil télégraphique pendant qu'il est actionné par un message.

Le cerveau pourrait donc réaliser dans les nerfs des modifications organiques, suffisantes pour empêcher l'impression périphérique de passer. Ces modifications qu'on peut appeler dynamiques, sont toujours susceptibles de résolution : elles n'aboutissent pas à une lésion profonde : je n'ai pas vu d'anesthésie purement suggestive ou nerveuse devenir persistante ; la modalité anatomique nerveuse produite par le cerveau psychique ne devient jamais névrite dégénérative.

Quelle que soit cette lésion, si elle existe dans certaines anesthésies nerveuses, où siègerait-elle ? Ce n'est ni dans le cerveau, ni dans la moelle, ni dans les troncs nerveux ; nous pensons que c'est à la périphérie, dans les filets terminaux cutanés : là où le phénomène d'analgésie est perçu, là où le cerveau la localise, il semble la réaliser.

L'expérience suivante nous paraît le démontrer : un sujet a de l'anesthésie avec analgésie nerveuse occupant l'avant-bras gauche, la main et le bras restant sensibles. L'analgésie est sentie ; elle ne se comporte pas comme une simple image psychique ; une piqûre faite à l'insu du sujet sur l'avant-bras ne détermine pas la réaction. Or, si je pique avec l'épingle la main restée sensible, le sujet sent parfaitement. Donc l'impression a traversé sans entrave les troncs nerveux de la région anesthésiée restés bons conducteurs, donc indemnes; elle a traversé les filets sensitifs de la moelle et du cerveau jusqu'à l'écorce où elle a été perçue. Donc, ce n'est pas sur ce trajet que l'obstacle à la transmission existe ; c'est à la périphérie sensitive cutanée, c'est dans les petits filets nerveux périphériques de la peau, que la modalité anatomique et fonctionnelle doit exister qui empêche la transmission de l'impression jusqu'aux troncs nerveux.

Cette modalité anatomique, cette solution de continuité fonctionnelle périphérique, le cerveau peut la réaliser instantanément. Répétons cette expérience. Je crée une hémi-anesthésie par suggestion. Je pique le sujet : il réagit, exprime une sensation douloureuse, mais affirme ne pas sentir. L'anesthésie est purement psychique. Je continue à piquer indéfiniment et longtemps ; le sujet ne réagit plus et ne manifeste plus aucune impression. L'anesthésie est devenue organique. Mais je puis instantanément par suggestion, restaurer l'anesthésie, la transférer alternativement d'un côté à l'autre. Donc la modalité anatomique de la périphérie peut être créée et défaite instantanément ; le sujet a pour ainsi dire la propriété de boucler et de déboucler instantanément sa périphérie nerveuse sensitive.

Chez certains sujets cependant, la lésion plus persistante paraît être devenue plus profonde ; elle résiste à la suggestion.

La périphérie nerveuse reste déclanchée, même dans l'intervalle des expériences. La région anesthésique surprise à l'improviste par une piqûre, ne réagit plus : l'altération anatomique ne se résoud pas à volonté, au caprice de l'imagination du sujet. Elle se maintient. Aussi chez ce sujet, la guérison par psychothérapie est souvent longue à obtenir : la sensibilité ne se reconstitue que lentement et graduellement : l'anesthésie diminue peu à peu, mais ne se résout pas brusquement. il faut des jours et des semaines pour la restauration complète. N'est-ce pas un argument en faveur de la matérialisation de l'anesthésie ?

Je résume mon opinion : l'anesthésie nerveuse, dite hystérique, comme l'anesthésie suggérée, est toujours et peut être uniquement une illusion négative. L'esprit actionné par l'idée d'anesthésie efface l'impression perçue et consciente. Ceci est une vérité incontestable et scientifiquement démontrée.

Mais l'esprit ne crée pas seulement des illusions ; il crée aussi des réalités. Il peut en outre actionner les nerfs périphériques de la région où il localise l'anesthésie et y créer des modalités anatomiques qui ajoutent à l'anesthésie d'abord simplement psychique, une anesthésie organique

Ceci est une hypothèse qui explique les faits d'observation, mais qui attend encore sa démonstration scientifique.

BERNHEIM.

INTRODUCTION

On peut définir notre état d'esprit pendant la veille et la santé *comme une série d'hallucinations qui n'aboutissent pas.*

De l'Intelligence. — TAINE.

L'anesthésie psychique est une *illusion de l'esprit.*

De la Suggestion. - BERNHEIM.

« L'anesthésie hystérique, disait Lasègue, demande à être cherchée ». Cette observation est très juste. On trouve en clinique, de ces malades qui, tout en présentant une anesthésie totale de la main ou du pied par exemple, peuvent pourtant ramasser une épingle, coudre, manier les pièces d'horlogerie les plus fines, marcher les yeux bandés, c'est-à-dire agir absolument comme si cette anesthésie n'existait pas.

Et cependant elle paraît bien réelle, puisqu'il est possible de piquer ces malades, de les pincer avec force, de cautériser superficiellement avec le thermo-cautère leur main ou leur pied, de lancer dans leurs membres les courants électriques les plus forts, sans provoquer de leur part la moindre réaction.

Il y a dans cette anesthésie comme quelque chose de paradoxal : elle existe pour le médecin qui la recherche, et

elle ne semble pas exister pour le malade qui, la plupart du temps, ne s'en trouve pas incommodé.

Cette anesthésie, de forme spéciale, est dite nerveuse ou hystérique : nous disons nerveuse.

C'est à M. le professeur Bernheim que revient le mérite d'avoir, le premier, établi l'origine psychique de l'anesthésie nerveuse ou hystérique.

Cette variété d'anesthésie est connue depuis très longtemps, mais c'est surtout l'insensibilité à la douleur qui avait frappé l'imagination des premiers observateurs. Cette anomalie leur parut même si extraordinaire qu'ils invoquèrent, pour l'expliquer, l'intervention de Dieu ou du Démon.

On ignora pendant longtemps les autres variétés d'anesthéste, telles que l'amblyopie et la surdité nerveuse, et la seule preuve que nous ayons de leur existence dans les temps anciens, c'est l'histoire de ces guérisons miraculeuses, obtenues par quelque thaumaturge, sur des malades atteints de cette forme d'anesthésie.

Plus tard, au moment du magnétisme, on observa sur les sujets magnétisés des anesthésies très curieuses qu'on attribua à l'influence du fluide lancé par le magnétiseur, ou à celle de l'électricité dégagée par les aimants.

Enfin, quand vers 1850, les médecins reprirent l'étude de l'hystérie, ils remarquèrent que ces malades présentaient souvent une anesthésie manifeste, qui se distinguait des autres anesthésies déjà étudiées, par son extrême mobilité et sa localisation nettement segmentaire. De plus, ayant eu l'occasion de faire quelques autopsies d'hystériques, ils n'avaient jamais trouvé de lésions organiques capables d'expliquer cette insensibilité. Aussi crurent-ils

pendant longtemps à une sorte d'inhibition exercée sur le système nerveux central et qui empêchait la sensation, douloureuse, visuelle ou acoustique, d'être transmise jusqu'au cerveau. Toutes les théories, proposées à cette époque, s'inspirent de cette conception.

C'est alors que M. Bernheim étudiant parallèlement l'hypnotisme et l'hystérie, remarqua que ces anesthésies, dites nerveuses ou hystériques, se comportaient absolument comme les anesthésies suggérées. De là à conclure que l'anesthésie nerveuse était aussi d'origine *suggestive*, il n'y avait qu'un pas : M. Bernheim le franchit résolument et il reprit toute l'étude de ces anesthésies.

Il apporta dans cette recherche toutes ses merveilleuses qualités de clinicien et de psychologue et quand l'examen attentif des faits lui eût prouvé l'exactitude de son hypothèse, il affirma sa conviction et sut la défendre avec talent. En même temps, il remarquait aussi que cette anesthésie pouvait exister sur des sujets qui ne présentaient aucune autre manifestation dite hystérique, et qu'elle manquait quelquefois chez des malades qui avaient déjà eu des crises d'hystérie. Il en tira cette conclusion que « les stigmates sensitivo-sensoriels décrits par les auteurs comme caractéristiques de l'hystérie ne sont pas constants chez les hystérisables et se rencontrent chez beaucoup de sujets impressionnables et non hystérisables (1) ».

---

(1) BERNHEIM. *Conception du mot hystérie.* Octave Doin, édit., Paris, 1904.
Pour M. Bernheim l'hystérie n'est pas une entité morbide : il y a seulement certains sujets pourvus d'un appareil hystérogène qui peuvent faire des crises d'hystérie, et d'autres qui sous des influences très diverses émotives, suggestives ou traumatiques, peuvent faire des psycho-névroses très différentes les unes des autres.

Autrement dit, l'anesthésie nerveuse, décrite surtout dans les ouvrages qui traitent de l'hystérie, n'est pas spéciale à cette maladie : son existence chez un sujet, n'implique pas par elle-même l'idée d'hystérie.

Elle est créée par le psychisme, dans certaines conditions spéciales ; elle n'existe que dans l'imagination du sujet : le malade la constate et la sent ; et cependant l'examen clinique bien fait semble démontrer qu'il simule, car on prouve que les sensations non avouées par le malade ont bien pénétré dans le champ de la conscience. C'est par une illusion de l'esprit que le sujet, *de bonne foi*, efface le phénomène perçu et *croit* ne pas l'avoir perçu.

C'est ce qui ressortira nettement des expériences que nous relaterons.

Je me propose dans ce travail, d'analyser avec soin les caractères curieux de cette forme d'anesthésie dite hystérique, en montrant qu'il est impossible de la confondre avec une anesthésie organique.

Puis, après avoir prouvé son analogie complète avec l'anesthésie expérimentale j'aurai à me demander sous quelle influence suggestive elle a pu se développer.

Enfin, il est une considération nouvelle sur laquelle je voudrais appeler l'attention : quand une anesthésie nerveuse a duré un certain temps, on remarque souvent, qu'après être devenue tous les jours plus profonde et plus complète, elle finit en quelque sorte par se *matérialiser* chez quelques-uns ; à partir de ce moment le sujet ne peut plus être pris en défaut, au moins en ce qui concerne l'anesthésie cutanée, et on peut le piquer, le pincer à l'improviste sans qu'il manifeste la moindre réaction.

Telles sont les considérations cliniques qu'on retrouvera dans ce travail, et je m'attacherai surtout à les appuyer, par la citation d'un grand nombre de faits observés avec soin.

Mais la curiosité scientifique de notre époque veut qu'à côté du fait, on fournisse l'explication : c'est très bien d'avoir montré l'identité qui existe entre les anesthésies nerveuses et les anesthésies expérimentales, mais il faut encore expliquer par quel mécanisme la suggestion réalise des insensibilités : M. Bernheim n'a pas manqué à cette tâche et je crois que l'interprétation qu'il a fournie est la plus conforme à la vérité. En tout cas, elle a cet avantage d'être en accord absolu avec l'examen des faits, tels qu'ils se présentent à la clinique : un sujet atteint d'anesthésie psychique donne tout à fait l'impression qu'il a vu, qu'il a senti un objet, et que son cerveau a *effacé* cette sensation : il a l'illusion qu'il n'a pas vu ou qu'il n'a pas senti : c'est une *illusion négative.*

C'est bien une illusion car il est possible, par des moyens détournés, de se rendre compte que la sensation qui n'a pas été perçue, qui, en apparence, n'a pas pénétré dans le champ de la conscience, est cependant entrée dans le sensorium : « le malade s'est fait accroire avec les yeux de l'esprit. »

Ce phénomène qui est constant dans l'anesthésie nerveuse, se réalise quelquefois chez les sujets les plus normaux quand ils sont sous le coup d'une distraction un peu vive, ou d'une émotion qui absorbe toute leur pensée : tant il est vrai que les phénomènes morbides sont en tout point semblables aux phénomènes normaux : les réactions de l'organisme malade, ne sont pas essen-

tiellement différentes de celles qu'on observe à l'état hygide ; les lois biologiques sont les mêmes dans les deux cas. *« Krankheit schafft nichts neues »*, disent les Allemands.

Si, comme je le pense, il est exact de concevoir la maladie comme incapable de mettre en jeu des réactions qui n'existeraient pas à l'état de santé, il est indispensable, pour bien comprendre les anomalies psychiques, de connaître au préalable le mécanisme normal de la psychologie humaine. Cette étude devient aussi nécessaire au médecin que celle de la physiologie des différents organes.

C'est qu'en effet l'élément nerveux (1) joue dans les maladies un rôle très important que M. Bernheim a particulièrement mis en lumière : une petite douleur insignifiante, ressentie par un cerveau pusillanime ou prédisposé, devient, dans la suite, une douleur intolérable, une parésie momentanée se transforme chez certains sujets en une paralysie plus complète, et une hypoesthésie passagère deviendra, chez quelques malades, une anesthésie quelquefois générale.

Tous ces phénomènes ressortissent de *l'auto-suggestion* : le sujet a amplifié, dénaturé ou mal interprété la sensation primitive.

Pour se rendre compte de cette particularité, il suffit d'étudier comment une sensation, une excitation physique, est transmise depuis le nerf jusqu'au cerveau et interprétée par lui.

---

(1) HARTENBERGER. — *L'élément psychique dans les maladies.* Thèse Nancy, 1895.

Je pique un sujet sur le bras : cette excitation périphérique produit un ébranlement moléculaire qui, tout le long du nerf, est transmis jusqu'aux cellules cérébrales :

La sensation de piqûre qui est parvenue jusqu'à l'écorce du cerveau devient une perception, une impression sensorielle cérébrale : c'est le premier acte de la connaissance.

Cette impression peut rester purement cérébrale, et ne pas pénétrer dans le champ de la conscience. Elle est cependant *enregistrée*, et les cellules qui l'ont reçue sont comme une plaque de photographie qui n'aurait pas encore été révélée.

Si maintenant, par un acte volontaire, mais qui à la longue, s'accomplit naturellement, le sujet transporte cette perception dans le champ de la conscience, la sensation primitive devient une perception consciente, une aperception, une conception. L'ensemble des processus subjectifs qui accompagnent et déterminent ce deuxième acte de la connaissance, constitue l'attention.

S'il en est ainsi, plusieurs cas peuvent se présenter.

Je suggère au sujet qu'il ne sentira pas la piqûre ; je le pique : les deux actes de la connaissance s'accomplissent, mais l'esprit du sujet, actionné par l'idée qu'il ne doit pas sentir, *applique toute son attention* à écarter du champ de sa conscience cette perception que la force de l'habitude y avait transportée. Son imagination efface à chaque instant la sensation « *aperçue* » : elle recouvre les sens d'un bandeau : le sujet voit sans voir, entend sans entendre : c'est l'*anesthésie suggérée*.

D'autres fois, le champ de la conscience peut être envahi si complètement par une idée, ou par des préoc-

cupations si absorbantes qu'il devient inaccessible à toute autre impression. Il reste pour ainsi dire fermé au monde extérieur, et si quelque perception venue du dehors parvient quand même à y pénétrer, elle reste toujours très atténuée. C'est l'*anesthésie par distraction* en donnant à ce dernier mot toute la force de son sens primitif (distrahere). Cette variété est loin d'être rare : elle se produit au cours de certaines émotions très vives, telles que le chagrin, la colère ou la peur, de même qu'on la rencontre chez les sujets dont la pensée tout entière est concentrée sur un seul objet.

On peut démontrer que l'anesthésie par suggestion ne rentre pas dans cette catégorie.

Enfin certains sujets gardent avec tant de force les impressions reçues que, même après leur disparition, leur imagination continue à entretenir en eux le même état de conscience qu'au moment où cette impression a eu lieu : c'est ainsi qu'à l'occasion d'une anesthésie qui a vivement frappé le sensorium du sujet, celui-ci s'imaginera que telle ou telle partie de son corps est devenue insensible, et son cerveau, actionné par cette idée illusoire, effacera les sensations qui pénétreront dans le champ de la conscience : c'est l'*anesthésie par auto-suggestion*.

Mais cette anesthésie par auto-suggestion est-elle toujours purement dynamique, c'est-à-dire, est-elle toujours due à l'illusion du sujet neutralisant par son imagination l'impression perçue ? Certains faits, que nous établirons plus loin et que M. Bernheim nous a montrés à la clinique, peuvent faire penser que l'anesthésie purement suggestive au début, peut se *matérialiser*, si je puis dire, dans le nerf périphérique : l'idée de l'anesthésie peut

créer, au bout d'un temps, variable avec les sujets, non seulement l'illusion de l'anesthésie, mais sa réalité, en déterminant peut-être dans les nerfs de la région anesthésiée, certaines modifications moléculaires, encore indéterminées, mais qui empêcheraient l'impression sensitive d'être transmise jusqu'au cerveau.

Certes tous les cerveaux ne sont pas capables de réaliser ces anesthésies nerveuses ou suggérées ; pour qu'elles se produisent, il faut, selon l'expression de M. Bernheim, d'abord une exagération de certains modes de l'*excitabilité idéo-dynamique* et de plus, une crédivité anormale dans les cas où l'on fait intervenir la suggestion orale.

L'état de suggestibilité est donc déterminé par l'existence chez un sujet de ces deux caractères : l'aptitude du cerveau à accepter l'idée, c'est-à-dire la *crédivité*, et l'aptitude à transformer l'idée en acte, c'est-à-dire *l'excitabilité idéodynamique*.

Telles sont les idées que j'ai cru nécessaire d'exposer dès maintenant, et dont la connaissance m'a semblé indispensable pour la bonne compréhension de ce travail.

Depuis quelques années déjà, je me suis attaché d'une façon toute spéciale à l'étude de la psychologie clinique et expérimentale, poussé dans cette voie par cette double influence qu'a subi mon esprit, celle de Taine et celle de M. Bernheim.

J'ai appris dans les ouvrages de Taine la psychologie normale de l'homme et j'ai adopté sa conception du « moi », grâce à laquelle les phénomènes de la suggestion deviennent très vite compréhensibles.

Puis j'ai lu et relu ce livre concis et clair qu'a écrit M. Bernheim, et j'ai suivi avec un intérêt toujours plus

vif ses leçons de clinique, en quelque sorte expérimentale. Pénétré de la vérité de sa doctrine, convaincu du bien immense que la suggestion permet au médecin de faire, j'ai accepté avec empressement de traiter ce sujet, d'une portée à la fois pratique et instructive. Puissé-je avoir bien mis à profit tous les conseils que mon maître m'a donnés et tout le temps qu'il m'a consacré !

J'ai divisé ce travail en quatre chapitres :

I. — Dans un premier chapitre consacré à l'historique, j'étudie l'anesthésie psychique, sous tous les aspects où elle est apparue aux différents observateurs.

II. — Dans le chapitre suivant, j'énumère les caractères de l'anesthésie nerveuse en montrant qu'elle est identique à l'anesthésie suggérée.

III. — Dans le troisième chapitre, je cherche les causes qui peuvent faire naître l'anesthésie nerveuse.

IV. — Dans le dernier chapitre, je donne la conception qu'il faut se faire du mécanisme de cette anesthésie et je fais la critique des interprétations données par les auteurs. Je rattache à ce chapitre les quelques considérations médico-légales que ce sujet comporte.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

I

Charcot disait un jour, dans une boutade qu'il lançait à l'Ecole de Nancy : l'homme est un animal raisonnable et *hypnotisable* (1). Raisonnable et *suggestible* a répliqué M. Bernheim, avec l'idée que la suggestibilité est une propriété aussi normale de notre cerveau que sa faculté même de penser. S'il en est ainsi, l'anesthésie psychique, dont l'origine est, comme je l'ai dit, suggestive ou autosuggestive, existe depuis qu'il y a des hommes qui pensent, sentent et agissent.

L'homme, si infatué de sa raison, reste, au moral comme au physique, le frêle roseau dont parle le philosophe.

(1) CHARCOT. Leçons cliniques, 19 juin 1891.

Toujours, il a été le jouet des suggestions ; qu'il s'agisse de la suggestion exercée sur son esprit par quelque grand prêtre, quelque philosophe, qu'il s'agisse de cette suggestion toute puissante d'une idée généreuse à laquelle il est prêt à sacrifier sa vie et autour de laquelle toute sa pensée s'est en quelque sorte cristallisée, ou qu'il s'agisse enfin de cette suggestion irrésistible à laquelle obéit l'âme des foules ou des peuples, quand, hypnotisée par une croyance nouvelle ou exaltée par des paroles éloquentes guerrières ou mystiques, elle fait abandon de son libre arbitre prête à tout croire et à tout subir.

C'est ainsi que, chaque fois que l'homme a *cru* en la toute puissance d'un pouvoir occulte, capable de réaliser en lui l'anesthésie ou toute autre manifestation anormale, chaque fois qu'une idée est devenue pour lui une véritable *obsession* en prenant dans son esprit une place si importante qu'elle l'absorbait tout entier, chaque fois l'anesthésie psychique a pu apparaître ou est apparue.

Elle peut affecter tous les modes de la sensibilité, aussi bien la rétine, le nerf acoustique que les papilles du tact ou du goût.

Mais sa recherche est parfois délicate, puisque, dans la vie courante, le malade se conduit souvent comme si cette anesthésie n'existait pas. Il faut des circonstances exceptionnelles pour la mettre en évidence.

C'est ce qui explique, que presque seule, l'*anesthésie à la douleur*, a laissé la trace de son existence dans l'histoire de tous les peuples ; cette forme d'anesthésie ne demande pas des recherches spéciales et malheureusement les occasions n'ont pas manqué, dans les temps anciens, pour appeler l'attention sur elle.

L'homme, dans son horreur du mal physique, a toujours admiré celui qui semble ne pas craindre la souffrance, et qui supporte sans tressaillir les douleurs les plus violentes ou les supplices les plus affreux ; c'est pour cette raison que l'histoire de ces hommes est parvenue jusqu'à nous.

C'est, au début de l'histoire, les Boudhistes qui supportent avec courage toutes les épreuves les plus douloureuses, c'est Mucius Scœvola qui, animé du courage patriotique le plus pur, brûle sa main droite devant Porsenna, roi des Etrusques, puis ce sont les martyrs du Christianisme, qui souffrent les tourments les plus terribles sans que leur figure tressaille, puis c'est le Moyen-Age, ce sont les possédés, les démoniaques auxquels la farouche Inquisition ne peut quelquefois n'arracher ni un aveu ni un cri, puis c'est Mesmer qui envoie des effluves magnétiques grâce auxquelles les patients deviennent insensibles, puis c'est le gong de la Salpêtrière qui avec l'hypnose produit l'anesthésie et c'est enfin Liébault et l'Ecole de Nancy qui par ces seuls mots : « vous ne sentez plus » produit souvent ce miracle de rendre insensible l'homme le plus normal.

Voilà résumée dans ses grandes lignes, aux différentes époques de la vie du monde, l'histoire de l'anesthésie psychique. Ce n'est guère qu'à l'avènement des Ecoles de Nancy et de la Salpêtrière, qu'on eut la curiosité de rechercher le mécanisme de cette anesthésie. Auparavant on s'était contenté de signaler le fait comme un événement extraordinaire, dont la cause variait suivant les doctrines ou les idées régnantes des différentes époques.

Il importe maintenant de rappeler tous ces cas

d'analgésie psychique qui ont été rapportés par les historiens. Il aurait été intéressant d'écrire parallèlement, l'histoire des autres formes de l'anesthésie psychique, de montrer que l'amaurose, la surdité, ont toujours existé en l'absence même de lésions organiques. Malheureusement ces derniers faits ont moins frappé l'imagination des peuples ; on ne les trouve pas décrits ; mais, comme je l'ai dit, on n'a comme preuve de leur existence dans les temps les plus reculés, que le récit de certaines guérisons miraculeuses qui, vraisemblablement, se sont exercées sur des aveugles ou des sourds, dont la seule imagination avait créé toute la maladie. On sait la rapidité avec laquelle se produisent ces guérisons et il est probable que c'est à des affections de ce genre que le prophète Isaïe faisait allusion, dans le verset suivant : « les yeux des aveugles s'ouvrent, les oreilles des sourds se débouchent : alors le boiteux bondit comme un cerf et la langue du muet fait entendre des cris d'allégresse. » (Chap. XXXV). — En dehors de ces faits, envisagés seulement au point de vue de la guérison, on ne trouve dans la médecine ancienne, aucune description clinique intéressante, de cette amblyopie et de cette surdité psychiques.

Par contre les exemples ne manquent pas d'analgésie nerveuse réalisée sous l'empire d'une idée qui s'est emparée de l'être tout entier. A certains moments, le cerveau est comme cristallisé en une pensée unique, qui absorbe toutes les autres facultés.

J'ai dit l'histoire de Mucius Scœvola qui, pour assurer le salut de sa patrie, brûle sa main droite sans trahir la moindre douleur.

On se rappelle aussi les fêtes organisées dans la Rome

ou la Grèce antiques, en l'honneur des dieux olympiques. Les Ménades échevelées, les Corybantes en délire, tous ceux qu'attiraient les fêtes de Dyonisos ne tardaient pas à devenir insensibles à la douleur.

Pour les Grecs, quand cette insensibilité devenait générale, quand le patient tombait en léthargie, il s'agissait d'une erreur des Parques. Plutarque raconte l'histoire de cet Antillos qui avait été pris pour le corroyeur Nicandas, et qui, déjà descendu dans l'Adès, fut renvoyé parmi les vivants.

Chez les Boudhistes, certaines pratiques étaient capables de produire l'anesthésie et on trouve contenu dans *l'Avadana-Cataka* le récit des faits les plus étranges d'anesthésie complète et de guérisons rapides.

Plus tard, quand, au milieu de ce paganisme superstitieux et dissolu, le Christianisme vint apporter une philosophie nouvelle et substituer à la crainte perpétuelle des dieux l'amour de Dieu et de son prochain, il ne tarda pas à enflammer les enthousiasmes et à développer dans certains esprits, un amour de Dieu, si vif et si absorbant, que ceux qui avaient été touchés par lui devenaient insensibles aux souffrances les plus atroces. Je cite, entre mille, le martyre de Sainte Tatienne dont on déchira le corps avec des ongles de fer. « Son corps délicat se trouve bientôt couvert comme d'un voile de pourpre, mais quelques instants après, les blessures disparaissent, puis elle se promène au milieu des flammes en louant le Seigneur. » C'est aussi sainte Théodosie qui « sur le chevalet de la torture ne laisse échapper ni plaintes ni soupirs; son visage semble s'illuminer d'une joie céleste ». C'est saint Laurent sur son gril qui meurt sans avoir

proféré un cri. C'est enfin toute cette foule de malheureux, victimes de l'intolérance des empereurs romains et qui meurent sans souffrir, comme si la nature voulait apporter le remède en même temps que le mal : la persécution et ses supplices, l'anesthésie psychique et ses bienfaits.

Plus tard, après cette clarté jetée sur le monde par la religion nouvelle, on pénètre dans la nuit profonde du moyen âge. Les seules lueurs qui dissipent les ténèbres de ces siècles d'obscurantisme, sont celles des bûchers que l'Inquisition a élevés contre les sorciers, les possédés et les démoniaques. A ce moment, c'est la lutte entre Dieu et Satan. Ces deux puissances se disputent le pouvoir et la domination du monde. Dieu a son armée d'anges et Satan sa troupe de démons. Chaque âme a son ange qui lui souffle le bien et son démon qui lui souffle le mal. Si le malin esprit triomphe, l'homme est *possédé ;* quelquefois même il se donne volontairement à lui et il devient *sorcier.*

C'est ainsi que s'explique cette épidémie de démonolâtrie qui a fait plus de victimes que bien des maladies contagieuses : ces maladies épidémiques qui touchent l'esprit au lieu de frapper le corps, sont plus pernicieuses à une nation que les fléaux les plus redoutables.

On croyait alors que les possédés ou ceux qui avaient fait un pacte avec le diable portaient la marque de cette main-mise ou de ce marché.

Tertullien, un des pères de l'Église, écrivait : « Le corrupteur du genre humain a coutume de marquer les siens pour les reconnaître, voulant se rendre semblable au très haut Créateur, lequel marque intérieurement les siens d'une marque inhérente à l'âme. »

Saint Hippolyte, martyr, disait aussi : « *Adducit eos ad adorandum ipsum ac sibi obtemperantes sigillo suo notat.* »

Cette marque apposée par Satan pour effacer la trace du baptême portait le nom de *stygma diaboli*. Ces stygmata consistaient le plus souvent en nœvi, taches pigmentaires et surtout *zones d'anesthésie* — et l'on peut dire que c'est de cette époque que date l'étude clinique de l'anesthésie psychique. Des spécialistes, quelquefois chirurgiens, d'autrefois maître des hautes œuvres, ou même écorcheur, tondeur de chiens et écureur des égouts (1), étaient chargés de rechercher ces plaques d'anesthésie. Cette recherche était quelquefois bien difficile parce que Satan « *dans le but d'éluder la justice et de tromper ses officiers* » imprime souvent ses marques « ou en des parties si sales qu'on a horreur de les y aller chercher comme le fondement de l'homme ou en la nature de la femme : ou bien (comme il est extrême et dénaturé) au lieu le plus noble et le plus précieux qui soit en toute la personne, où il semble impossible de l'imprimer comme les yeux ou dans la bouche (2) ».

Les médecins partageaient sur ce point les erreurs et les superstitions de l'époque : Paul de Be, un médecin de Paris, dans un ouvrage intitulé : *Medicinæ theoreticæ medulla seu mediana animi et corporis*, consacrait un chapitre au diagnostic de la sorcellerie (*energumeni quomodo diagnoscendi*). Dans ce chapitre, où il rapporte minutieusement les différents signes auxquels on reconnaît

---

(1) Fournier, *Une epidémie de sorcellerie en Lorraine.*

(2) Pierre de Lancre. Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons. Paris, 1612, p. 183. *In hystérie et hypnotisme de Pitres.*

un sorcier, il insistait sur le stygma suivant : *Imo anæsthesia tanta, ut si acu pungantur, nec sentiant nec fundant sanguinem* ».

Dès l'an 700 le pape Innocent VIII avait institué des inquisiteurs pour rechercher ces *marques* chez les gens soupçonnés de commerce, volontaire ou non, avec Satan et les démons.

Les inquisiteurs s'assurèrent la collaboration d'experts-jurés qui avaient, devant la justice, qualité pour exercer la fonction de *piqueurs*. Parmi ceux-ci, quelques uns sont restés célèbres. Hopkings en Ecosse, Mithou à Laon, Claude Picard à Conflans, enfin ce chirurgien de Bayonne dont le nom n'est pas parvenu jusqu'à nous, avaient acquis une habileté merveilleuse à trouver ou plutôt à *créer* ces anesthésies localisées. Ils examinaient les sorciers comme le médecin d'aujourd'hui examine une hystérique : cependant comme on soupçonnait l'esprit malin de pouvoir se cacher *intra pilos et capillos*, les piqueurs de l'Inquisition rasaient le criminel « par toutes les parties de son corps où il y avait poils. »

Dans un livre de Pigray, édité en 1609, on trouve rapporté comment on constatait juridiquement l'anesthésie. Les experts bandaient les yeux à l'accusé, rasaient toutes les parties du corps recouvertes de poils, puis promenaient une loupe sur toute la peau pour y découvrir la marque de Satan. La plus légère tache de la peau était sondée à l'aiguille. Si la piqûre n'éveillait aucune sensation douloureuse, si elle ne provoquait aucun cri ou aucun mouvement, la personne était réputée sorcière, et par ce fait immédiatement condamnée à mort. Si au contraire elle sentait la piqûre elle était acquittée : Satan

ne lui avait pas imprimé sa griffe (1). On recherchait aussi s'il existait des zones d'anesthésies ou des points douloureux à la pression mais insensibles à la piqûre. Cette disjonction de la sensibilité faisait croire aux juges que les sorciers usaient de malice pour détourner l'attention, tromper la justice et échapper à leur sort, quand ils se voyaient sur le point d'être convaincus. Aux yeux des juges il s'agissait d'une simulation et c'était une circonstance aggravante. C'était surtout contre la simulation possible que les juges dirigeaient tous leurs efforts. Pierre de Lancre nous dit comment procédait le chirurgien de Bayonne, de sinistre mémoire : « Il avait une espingle dans la main gauche, avec la tête de laquelle il faisait semblant de pincer la sorcière en plusieurs lieux qu'elle ne pouvait voir, ayant les yeux bandez, et en la main droite il avait une esguille ou une aleine bien déliée, et ayant pincé la sorcière avec la tête de l'épingle en plusieurs lieux, elle se trémoussoit et plaignoit artificiellement, comme si elle eût souffert quelque grande douleur et, néantmoins bien qu'en même temps on lui mit l'esguille jusqu'aux os, elle ne disait mot. »

Les juges avaient aussi remarqué que ces stigmates étaient parfois très fugaces. Constatés au moment de l'enquête, ils n'existaient plus au jour du procès. Ils ne s'embarrassèrent pas pour si peu : si les marques n'étaient pas indélébiles c'est que Satan le voulait ainsi pour troubler les juges et mettre en défaut leur sagacité. A ce propos Bodin (2) rapporte le fait suivant : « Aubert de Poitiers,

---

(1) Briquet. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* 1859.

(2) Bodin. *De la démonomanie des sorciers.* Paris 1587. Page 88, in Pitres, *loc. cit.*, p. 142.

advocat au Parlement, m'a dit qu'il avait assisté à l'instruction du procez d'un sorcier, mareschal de Chasteau-Thierry, qui se trouva marqué sur l'espaule dextre et le jour suyvant le Diable lui avait effacé la marque... M. Claude Doffray, procureur du Roy à Ribemont m'a dict qu'il avait vu la marque de Jehanne Hervillier, sorcière de laquelle il m'a envoyé tout le procez et le jour suyvant la marque se trouva effacée. »

D'autres fois, lorsque le sorcier était venu à resipiscence ou qu'un exorciste l'avait « dépossédé », les stigmata disparaissaient spontanément. « La vérité est, dit Pierre de Lancre, que les marques de celles qui sont, depuis longtemps, il y a, hors du sabbat, se trouvent parfois sensibles, et celles qui sentent l'esguille n'estant plus sorcières, disent, qu'en cette mesme marque, estant encore sorcières, elles l'eussent soufferte jusques en la teste sans douleur. » (1).

Un médecin de l'époque, Jacques Fontaine, avait aussi remarqué des faits de cette nature : « Messieurs de la Cour du Parlement d'Aix en Provence, commandèrent aux médecins et chirurgiens de visiter Magdaleine de la Palud, accusée d'estre au nombre des sorcières, par le rapport d'une fille de la Compagnie de Sainte-Ursule, nommée Loyse qui était possédée par charmes. La dicte Magdaleine déjà repentie et convertie, comme l'on croit, désigna les lieux de ses marques, aux médecins et aux chirurgiens, à savoir : une en chaque advant pied, la troisième au côté gausche à l'endroit du cœur, lesquelles on sonda comme l'on est accoustumé, on les trouva

(1) Pierre de Lancre, *loc. cit.*, p. 186, 187.

seches, dures et sans aucun sentiment. Le jour de Pasques prochaines, elle rapporta au père qui l'exorcisait et à plusieurs autres, qu'elle avait senti de grandes et extrêmes douleurs aux lieux où étaient les marques, qui fut cause qu'elle fut visitée de nouveau par les médecins et chirurgiens, et trouva-t-on que véritablement les marques qu'on avait auparavant sondées n'y estoyent plus, car en y mettant une esguille comme on avait faict auparavant, on trouva le lieu de la marque fort mol, et après l'avoir picqué, il sortit du sang vermeil de la picqueure, dont on estima que les marques de sorcières qu'elle avoit etoient effacées. » (1).

Une autre particularité avait encore frappé les piqueurs et les juges : lorsqu'ils avaient trouvé des points insensibles et que les accusés s'en étaient rendu compte, alors ceux-ci donnaient libre cours à leur imagination. L'anesthésie devenait alors plus complète ; au lieu des quelques îlots insensibles qu'on avait constatés, c'était le corps tout entier qui ne réagissait plus à la piqûre. En même temps, les sorcières racontaient leur commerce avec le démon, les soirées du Sabbat et tout ce qu'un cerveau en délire et halluciné peut imaginer de burlesque et de fantastique (2). Quelques-unes des plaques insensibles que le piqueur

---

(1) Jacques Fontaine. — *Des marques des sorciers et de la réelle possession que le diable prend sur le corps des hommes.* Lyon, 1611. Cité par Pitres, *loc. cit.*

(2) On sait avec quelle facilité certains cerveaux suggestibles finissent par devenir la dupe de leurs hallucinations. M. le Professeur Pierre Parisot rapporte le cas très intéressant d'une jeune fille, s'étant accusée spontanément d'un avortement imaginaire, et qui le décrit avec une richesse de détails qui aurait pu tromper un observateur inexpérimenté. (Voir *Etudes de Médecine légale,* par M. le Prof. Pierre Parisot. Nancy, 1904, Crépin-Leblond. Page 59.

avait trouvées étaient considérées comme des mamelons par lesquels la femme nourrissait les enfants qu'elle avait du diable..... et les juges avant d'envoyer au bourreau ces malheureux hallucinés, notaient avec gravité et avec soin ces aveux inconscients et ces déclarations ridicules !

Enfin, à côté de ces sorciers dont la torture seule mettait au jour des stygmata qui n'existaient pas auparavant, et qui très souvent s'étaient développés au cours même de l'examen par le piqueur, il y avait d'autres sorciers, absolument convaincus de leur commerce avec le diable, et qui parvenaient à se créer à volonté une analgésie à peu près complète. Je n'en veux pour preuve que le passage suivant tiré des *Secrets merveilleux de la Magie naturelle et cabalistique* (in-12, Lyon, 1629) (1). « Des scélérats se fiaient si fort à des secrets qu'ils avaient de se rendre insensibles à la gêne, qu'ils se constituaient volontairement prisonniers pour se purger de certaines présomptions.

« Il y en a qui se servent de certaines paroles prononcées à voix basse, et d'autres de petits billets qu'ils cachent en quelque partie de leur corps..... Le premier que je reconnus se servir de ces sortes de charmes nous surprit par sa constance qui était au-dessus de nature, car après la première serre de la gêne, il parut dormir aussi tranquillement que s'il eût été dans un bon lit, sans se lamenter, plaindre, ni crier ; et, quand on eut continué la serre deux ou trois fois, il demeura immobile comme une statue de marbre, ce qui nous fit soupçonner qu'il était muni de quelque enchantement et, pour en être

(1) Cité par BERNHEIM. *De la Suggestion*. 1888.

éclairci, on le fit dépouiller nu comme la main, et après une exacte recherche, on ne trouva autre chose sur lui qu'un petit papier où était la figure des trois rois, avec ces paroles sur le revers : « Belle étoile qui as délivré les « mages de la persécution d'Hérode, délivre-moi de tout « tourment. » Ce papier était fourré dans son oreille gauche. Or quoiqu'on lui eut ôté ce papier, il ne laissa pas que d'être insensible aux tourments, parce que, lorsqu'on l'y appliquait, il prononçait à voix basse entre ses dents certaines paroles qu'on ne pouvait entendre, et comme il persévéra dans les négations, on fut obligé de le renvoyer en prison. »

J'ai insisté avec dessein sur ces faits intéressants et, si j'ai multiplié les citations, c'est pour bien montrer que l'anesthésie psychique, telle que la constataient les piqueurs de Torquemada, n'est pas différente de celle que nous constatons aujourd'hui.

Les moyens d'investigation sont les mêmes : mais le placide interne qui a remplacé le bourreau de jadis y met un peu plus de douceur et beaucoup moins d'apparat. En somme les stigmates des sorciers présentaient les caractères suivants : plaques d'anesthésie, cutanée ou muqueuse, développées chez des sujets convaincus de la toute-puissance du démon, cette anesthésie pouvant apparaître et disparaître au cours de plusieurs examens successifs ; puis hallucinations à l'état de veille, provoquées par les histoires diaboliques colportées dans le peuple et répétées sans doute à l'accusé par le juge qui l'interroge ; et enfin anesthésie complète, par la confiance absolue en un talisman mystérieux, ou par la croyance aveugle en des paroles magiques qui ont le

pouvoir de supprimer la douleur. En vérité, il serait difficile de trouver une différence entre cette anesthésie des sorciers et celle que nous pouvons créer à l'état de veille par la seule suggestion.

Et pourtant de combien de morts cette anesthésie psychique est-elle responsable ?

L'Inquisition, pour avoir ignoré la nature des stigmates, a fait monter sur les bûchers, plus de 100.000 individus.

Toute personne, convaincue de sorcellerie, était condamnée à faire amende honorable, puis à être brûlée vive et le corps restait exposé sur un gibet. Plus tard, on pendait d'abord et on brûlait ensuite. Dans le *Traité sur la démonomanie* de Bodin, membre d'une Cour de Justice (1506, ouvrage de 250 pages), il n'y a pas une seule page où il ne soit fait mention de quelque sorcier brûlé vif. Dans le pays de Labour, au pied des Pyrénées, les présidents d'Espagnets et de Lancre firent piquer et brûler plus de 500 sorciers ; à Trèves, plus de 6.000 montèrent sur le bûcher ; en Lorraine, 900 furent exécutés ; à Toul, de 1584 à 1623, sur 67 individus jugés dans cette ville, 45 furent condamnés à mort, parmi lesquels 17 portaient la marque diabolique (1) ; à Laon, sur 18 accusés, 12 furent trouvés insensibles ; enfin Chenu, bailli d'un village du Berri, avait constaté juridiquement 11 cas d'insensibilité sur 15 accusés (2). Le Parlement de Paris finit par s'émouvoir de ces exécutions toujours plus nombreuses : le mimétisme, l'instinct d'imitation si merveilleusement développé chez l'homme, créait tous les jours

(1) DENIS. *La sorcellerie à Toul aux* XVIe *et* XVIIe *siècles*. Toul, 1888.
(2) CHENU. *Question de droit*. 1616.

des sorciers nouveaux qui grossissaient le nombre de ces victimes de l'ignorance inquisitoriale. Un arrêt du Parlement, daté de 1603, défendit expressément d'employer l'épreuve par la piqûre. Mais les tribunaux inférieurs ne tinrent aucun compte de cette défense et ils continuèrent à faire piquer les sorciers.

Néanmoins la raison reprenait de plus en plus ses droits, et la lumière qu'elle répandait dissipait les ténèbres au milieu desquelles tant de sorciers et de possédés innocents avaient trouvé une mort injuste et cruelle. Je ne veux pas dire que le sorcier ait complètement disparu, mais il s'est adapté à l'esprit de notre époque, et s'il présente encore des stigmates, une séance de suggestion le guérira aussi sûrement, qu'une séance de gehenne ou les flammes du bûcher.

Satan, chassé du sein du peuple, résolut alors de franchir les murs des couvents afin de poser sa griffe anesthésique sur de nouvelles victimes. C'est ainsi que les religieuses de Loudun, de Louviers, d'Uberstel, les nonnains d'Allemagne devinrent, par sa faute, convulsionnaires, extatiques et anesthésiques.

L'épidémie, la plus curieuse à ce point de vue, fut celle de ceux que l'on connaît sous le nom de « convulsionnaires de Saint-Médard ». Je juge utile de l'exposer ici, parce qu'elle montre la toute puissance d'une idée, d'une conviction ardente dans la production des phénomènes de l'anesthésie.

François de Pâris, simple diacre, janséniste convaincu, habitait une cabane de planches au faubourg Saint-Marcel : il se condamnait aux plus dures privations pour consacrer aux pauvres ses dix mille livres de revenus. Il

mourut en 1727, et le cardinal de Noailles donna l'autorisation de lui élever un tombeau au cimetière Saint-Médard.

Ce lieu ne tarda pas à devenir témoin de faits étranges. Dans la foule qui s'y rendait, des personnes, tout à coup saisies de spasmes convulsifs, en proie à une sorte de délire extatique, prétendaient prédire l'avenir ; d'autres se trouvaient ou se croyaient délivrées subitement de leurs maladies. Une sorte de pèlerinage s'organisa. On venait en foule de tous les points de la France. Il se produisit de véritables scènes de désordre et la Cour ordonna la fermeture du cimetière au mois de février 1732. Une secte se forma alors, qui eut ses chefs, ses réunions et une caisse nommée « la boîte à Perrette ». On vit des illuminés reconnaître le prophète Élisée dans la personne d'un certain Vaillant : on les nomma Éliséens. Ils donnèrent naissance à d'autres sectes : les figurants, les discernants, les margouillistes, etc... Les cris et les contorsions furent catalogués : on distingua les aboiements, les miaulements, les sauts... Mais la secte qui nous intéresse le plus est celle des *Secouristes*. Les femmes se soumettaient à d'effrayants supplices appelés secours. Il y avait les grands secours et les secours meurtriers. A la demande des patients et le plus souvent des patientes, des garçons vigoureux, qualifiés *secouristes*, les frappaient à coups de poing, à coups de bûche, leur tordaient les chairs, principalement les seins, avec des pinces, les ratissaient avec des peignes en fer et leur labouraient le corps avec un bâton pointu appelé *sucre d'orge*. Le *biscuit* était une pierre de 50 livres, soulevée par une poulie, et retombant de tout son poids sur la poitrine. Des femmes se

firent crucifier, d'autres percer d'épées — et tout cela sans jamais accuser de la souffrance.

Nous retrouvons toujours le même état d'esprit qu'aux époques précédentes ; une idée qui s'est emparée de l'esprit tout entier, des hallucinations et une anesthésie à la douleur.

Vers la même époque, raconte Vollet dans la *Grande encyclopédie*, se constituait la secte des *Fareinistes flagellants* : « Les frères Bonjour exerçaient leur ministère en 1783 dans le village de Ferreins, près de Trevoux. L'un d'eux put enfoncer un petit couteau dans la jambe d'une petite fille sans la faire souffrir. Dès lors, il se forme une secte nouvelle. Les disciples se rassemblent dans une grange sans lumière. Bonjour entrait par la fenêtre et tandis qu'il distribuait des fustigations, les pénitentes n'accusaient aucune douleur... Bonjour envoya une jeune fille se promener nu-pieds avec cinq clous enfoncés dans chaque talon. »

On pourrait multiplier encore ces exemples d'anesthésie psychique : ce sont les trembleurs des Cévennes, les fakirs de l'Inde, les brahmes, les prostituées mauresques (1), les Aissaouas enfin qui, au cri de *Hidji-Aïssa* sont capables de marcher sur des corps piquants, ou de mâcher des raquettes de cactus hérissées de longues et dures épines.

Et toujours, à l'origine de cette anesthésie : la croyance

---

(1) Rey rapporta en 1896 à la Société des sciences médicales de Lyon, ce fait que les prostituées mauresques arrivent quelquefois à un tel état d'anesthésie qu'elles peuvent s'appliquer, une demi-heure, des cigarettes allumées sur les bras, où elles produisent de profondes brûlures.

en une puissance surnaturelle capable de supprimer la douleur, ou la concentration de toutes les facultés sur une pensée unique qui absorbe toute la conscience.

Nous sommes maintenant à l'époque où l'œuvre des encyclopédistes commence à se répandre : la Révolution est sur le point d'éclater ; on croit de moins en moins au surnaturel, la science s'efforce sinon de tout expliquer, du moins de tout connaître.

On cherche une explication rationnelle de tous les phénomènes, et la science tend de plus en plus à se substituer à l'empirisme. La médecine n'est pas la dernière à profiter de cette évolution. Les théories des philosophes grecs renaissent sous une autre forme ; l'électricité, que l'on commence à mieux connaître, remet en honneur la doctrine de l'école Ionienne ; seulement au « νοῦς » d'Anaxagore, à l'*air* d'Anaximène, et de Diogène d'Apollinie, on substitua l'hypothèse déjà formulée par Paracelse, Maxwell et Van Helmont d'un *fluide universel* qui pénètre toute la matière, s'insinue dans toutes ses parties, l'ordonne, l'anime, détermine ses propriétés, crée en elle le mouvement, la vie, la pensée.

II

Mesmer vient alors qui prétend que l'état de santé dépend de la quantité de fluide répandue dans le corps ; si la maladie survient, il suffit, pour la guérir, de créer dans

le corps une sorte de marée artificielle. Au début, Mesmer produit « cette marée » grâce à des passes qui doivent mettre le fluide en mouvement ; plus tard, la clientèle de malades devient si grande qu'il imagine son fameux baquet. Les patients sont placés de telle façon qu'ils reçoivent à la fois le courant de la cuve et les torrents de fluide. lancés par Mesmer lui-même, apparaissant tout à coup, dans un costume étrange, au milieu de cette foule anxieuse, dont le système nerveux est porté au maximum de l'excitation, par une attente déjà longue et par les sons étranges et monotones d'une harmonica bruyante. Sous l'influence de cette savante mise en scène, il se produit, dit Bailly (1), un état convulsif appelé *crise* pendant lequel les patients sont insensibles à la douleur. — Cependant, les corps savants, l'Académie des sciences, la Société royale de médecine condamnèrent après examen, la doctrine de Mesmer : « Au point de vue de l'effet curatif, le magnétisme animal n'est que l'art de faire tomber en convulsions les personnes sensibles ; au point de vue de l'effet curatif, le *magnétisme* est inutile ou dangereux ». De plus, les rapporteurs, chargés d'expliquer la production des phénomènes, attribués par Mesmer à sa propre influence, conclurent à l'intervention de l'*imagination* des patients.

Tandis que les Académies discutaient et faisaient des rapports, la doctrine du magnétisme se répandait en France en se modifiant.

Le marquis Chastenet de Puységur observait des phé-

(1) Rapport des commissaires chargés par l'Académie des sciences de l'examen du magnétisme animal. Paris, 1784.

nomènes nouveaux qui servirent de point de départ à la doctrine du *somnambulisme magnétique* (1).

« Il existe disait-il, un fluide universel démontré depuis longtemps par l'électricité et le magnétisme minéral mais dont le magnétisme animal donne la dernière preuve. Ce fluide est électrique, il sature tous les corps, y compris le corps de l'homme qui a une organisation électrique parfaite et nous devons croire que cette machine électrique possède les propriétés positives et négatives. » Sous l'influence de Puysegur, les patients tombent en état de crise ou de somnambulisme. — Dans ce dernier état, le sujet n'entend *que la voix de son magnétiseur.*

C'est la première fois qu'on signale cette variété de surdité psychique, qui a été appelée plus tard : *anesthésie systématique* ou *esthésie élective*.

Tandis que de Puysegur opérait sous les arbres de Buzancy, inspiré par les discours de ces somnambules, déjà extra-lucides, des chambres de crises, des Sociétés magnétiques se créaient un peu partout. — A Strasbourg, Tardy de Montravel fonde la Société de l'Harmonie composée de plus de 130 membres ; à Lyon, le Docteur Petetin donna, dans le *Journal des maladies régnantes*, le compte rendu de ses observations.

Petetin (2) attribue tous les phénomènes qu'il constate à l'*électricité animale*. Après avoir magnétisé ses malades, il leur plaçait une main sur l'épigastre et l'autre sur la

---

(1) SAUVAGES, dans un rapport adressé en 1742 à l'Académie des sciences avait déjà signalé quelques cas de somnambulisme : « Relation d'une fille à la fois somnambule et cataleptique ».

(2) PETETIN. *Mémoires sur la découverte des phénomènes que présentent la catalepsie et le somnambulisme*. Lyon, 1787.

tête : il établissait ainsi une sorte de circuit fermé qui permettait de rétablir l'équilibre électrique ! Quelquefois même, il faisait de fortes aspirations au bout du nez de la malade. Grâce aux procédés qu'il employait, il réalisait chez ses patients l'état cataleptique *« caractérisé par une insensibilité générale ou des paralysies partielles de la sensibilité que ne peuvent vaincre ni le fer, ni le feu »*. Pour lui, il se fait une sorte de *transport* des sens vers l'épigastre : *« les nerfs deviennent impropres à transmettre à l'âme les impressions que les objets extérieurs font sur les extrémités des doigts et des orteils »*.

Ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé, que d'exposer ici, dans leurs détails, les procédés employés par tous les magnétiseurs de cette époque, qui suivaient la doctrine de Mesmer en l'adaptant à leur conception de la maladie.

Qu'il suffise de savoir, que chacun d'eux obtenait des faits anesthésiques, analogues à ceux que nous créons aujourd'hui.

C'est Dupotet qui prétend que « les sons mêmes d'un piano ne sont entendus que si le magnétiseur le touche » ; c'est Barety qui dit : « les sons ne sont entendus que s'ils sont magnétisés ; il faut que le magnétiseur touche l'air ou les touches du piano pour que le somnambule entende les notes qui ont été touchées » ; c'est Demarquay et Girauld Teulon qui constatent : « un sujet ne sent pas les épingles enfoncées dans sa peau quoiqu'il ait un sens du tact très fin pour se conduire ». Ce lien entre le sujet et certaines personnes ou certains objets, qui lui permet de les sentir à l'exclusion des autres, a reçu le nom de *rapport magnétique* (1).

---

(1) Pierre Janet. *Automatisme psychologique*, page 284.

Dès 1820, le magnétisme pénétrait dans les hôpitaux : à la Salpêtrière avec Rostant et Georget ; à l'Hôtel-Dieu avec Husson. Les deux premiers expérimentèrent le magnétisme sur deux sujets restés célèbres : Pétronille et Manoury. Ils constatèrent que sous l'influence du magnétisme les yeux devenaient insensibles à une lumière très forte. Et à propos de Manoury, ils écrivaient cette phrase intéressante : « Chose instructive, cette femme non endormie, aussi éveillée que ceux qui l'entourent, supporte sans sourciller les pincements les plus vigoureux, dont la place était marquée le lendemain par de noires ecchymoses (1). »

En présence de tous ces faits indiscutables constatés par des expérimentateurs différents, opérant, en quelque sorte, à l'insu les uns des autres, l'idée devait venir que la doctrine fluidique renfermait au moins une partie de vérité. Le Dr Foissac envoya, en 1825, une note aux deux académies des sciences et de médecine pour les appeler à se prononcer. Celle-ci, à sa demande, recommence l'examen du magnétisme animal. Au bout de 6 ans, le rapport confié à Husson fut lu à l'Académie les 21 et 28 juin 1831.

Les conclusions ne renfermaient pas moins de 30 paragraphes, Je cite ceux qui concernent l'anesthésie.

a) « ... La plupart du temps, ils (les magnétisés) sont complètement étrangers au bruit extérieur et inopiné fait à leurs oreilles, tel que le retentissement des vases de cuivre frappés près d'eux, la chute d'un meuble, etc.

---

(1) *Gazette médicale de Paris*. 1835.

b) « Quelquefois l'odorat est comme anéanti. On peut leur faire respirer l'acide muriatique ou l'ammoniaque sans qu'ils en soient incommodés, sans même qu'ils s'en doutent.

c) « La plupart des somnambules que nous avons vus étaient complètement insensibles. On a pu leur chatouiller les pieds, les narines et l'angle des yeux par l'approche d'une plume, leur pincer la peau de manière à l'ecchymoser, la piquer sous l'ongle avec des épingles enfoncées à l'improviste, à une assez grande profondeur, sans qu'ils s'en soient aperçus. Enfin, on en a vu une, qui a été insensible à une des opérations les plus douloureuses de la chirurgie et dont la figure, le pouls et la respiration, n'ont pas dénoté la plus légère émotion. »

Tandis que l'Académie discutait sur l'opportunité d'imprimer ce rapport, les chirurgiens employaient les pratiques des magnétiseurs pour créer l'*anesthésie* opératoire. Cloquet, dès 1829, avait pu amputer un sein, sans provoquer aucune douleur, rien qu'en créant, chez sa malade, une anesthésie purement psychique. Dès lors le procédé devint courant, et Esdaile, un chirurgien anglais, qui fit ses premières opérations à Hoogly, put, à la fin de l'année 1845, adresser au gouvernement de son pays un rapport sur 100 opérations, effectuées dans les conditions les plus satisfaisantes, grâce à l'anesthésie psychique.

Un fait restait donc acquis : c'était l'insensibilité qui se développe au cours de la somnambulisation.

Malheureusement, ceux qui s'occupaient de magnétisme, au lieu de se contenter d'étudier avec soin les symptômes

du somnambulisme provoqué, s'égarèrent dans des recherches vaines sur les phénomènes de transposition des sens, de prescience et de double vue que Puységur et Petetin avaient cru constater. Les expériences qu'ils tentaient restaient sans succès ou mettaient en évidence la supercherie de leurs sujets. C'est ainsi que le magnétisme tomba dans le discrédit le plus profond, et que pour avoir voulu lui demander ce qu'il était incapable de donner, on perdit de vue les faits exacts qu'il avait révélés. Le 1er octobre 1840, l'Académie décida qu'elle ne répondrait plus aux questions concernant le magnétisme animal. Depuis cette époque, la doctrine magnétique a des partisans de moins en moins nombreux, au moins parmi les médecins. Je dois citer cependant la théorie exposée par MM. les Drs Chazaram et Ch. Dècle (1), dont les idées éveillent encore le souvenir des courants fluidiques. Pour eux, les hommes sont positifs sur le côté gauche du tronc et sur la partie externe des membres, et négatifs du côté droit. Chez les gauchers. les pôles sont intervertis.

Pour produire des effets sur le corps, il suffit de présenter vers lui un aimant ou la main.

Je suppose, par exemple, un sujet placé devant moi et me tournant le dos. Dans ces conditions, le courant de polarité du sujet est dirigé du côté gauche vers le côté droit. Si maintenant je place derrière la tête un aimant dirigé de telle façon, que le pôle positif réponde au côté

---

(1) Drs Chazaram et Ch. Dècle. *Les Courants de polarité dans l'aimant et le corps humain*. Cong. de l'Assoc. franç. p. l'avancement des Sciences, 22-29 septembre 1887.

négatif de l'individu, et le pôle sud au pôle positif, je produirai, disent les auteurs, de l'*anesthésie*.

Ils appellent *hétéronome* cette position de l'aimant et *isonome* la situation pôle Nord contre côté positif et pôle Sud contre côté négatif. Les appellations sont les mêmes quand il s'agit des mains.

Grâce à ce procédé très savant, ces auteurs peuvent provoquer de l'achromatopsie. « Ils présentent à une malade plusieurs cartons de papier de couleur ; lorsqu'à quelques centimètres de la nuque, ils placent l'aimant ou la main, en position hétéronome, le sujet ne voit pas la couleur jaune, s'ils le placent au contraire en position isonome le sujet voit. » J'ajouterai, d'après la lecture que j'ai faite de leur communication, que ces auteurs ne me paraissent pas s'être mis suffisamment à l'abri de la suggestion. C'est du reste, en restant sur le terrain purement scientifique, la dernière application que j'ai trouvée, de la doctrine fluidique. Il y a bien les expériences de MM. Baraduc et de Rochas qui prétendent extérioriser la sensibilité, c'est-à-dire produire l'anesthésie cutanée, et transférer ensuite la sensibilité du sujet dans un verre d'eau ou dans un autre ustensile !

C'est remettre en honneur les pratiques de l'envoûtement, et Crocq, de Bruxelles, a sû faire justice de ces affirmations en montrant qu'il ne s'agissait là que de phénomènes de pure suggestion.

III

L'idée, que tous les phénomènes constatés par les magnétiseurs n'étaient pas dûs à des pouvoirs occultes ou à des influences fluidiques, remonte à l'abbé Faria. Cet Indien-Portugais, ancien brahme des Indes, professait, dans des discours de forme bizarre, empreints d'idées mystiques que, la cause du somnambulisme réside dans le sujet et non dans le magnétiseur, contre la volonté duquel le sommeil peut se produire. « Dormez », disait-il à ses sujets, sans faire aucun geste ni aucune passe. Si le sommeil ne venait pas le sujet était déclaré *rebelle*. L'abbé Faria avait constaté que l'anesthésie pouvait exister au cours du *sommeil lucide* : c'était admettre l'anesthésie suggestive.

Les mêmes phénomènes furent reproduits au cours des années suivantes par son disciple le général Noizet, puis par le mathématicien Bertrand.

Mais, à cette époque, les magnétiseurs jouissaient encore d'un certain crédit en France, et il n'était pas facile de se débarrasser complètement de la doctrine fluidique qu'ils exposaient. C'est pour cette raison que la doctrine de la suggestion, bien que soulevée en France, ne fut réellement établie et démontrée que par James Braid, de Manchester, en 1841.

Celui-ci, ayant assisté à une expérience de magnétisme, faite par un certain Lafontaine, de Genève, ne put s'empêcher de constater les faits extraordinaires provoqués

par le magnétiseur ; il refit lui-même les expériences qu'il avait vu faire, et sans rien savoir des expériences de *Faria*, il affirma aussi que les phénomènes dont il était le témoin étaient purement subjectifs. D'après la description de sa manière de provoquer l'hypnose, en faisant fixer au sujet un corps brillant, il est évident qu'il employait la suggestion verbale, mais à cette époque il la faisait inconsciemment et dans la complète ignorance de sa valeur. Il remarque que, grâce à des courants d'air froid, dirigés sur l'œil, sur la peau, il pouvait produire une amaurose unilatérale ou une anesthésie localisée.

Il reconnaissait qu'il était incapable d'expliquer ces extraordinaires phénomènes, mais il ajoutait qu'il n'éprouvait aucune difficulté à les reproduire, et qu'ils avaient lieu, quelle que soit l'origine du courant d'air, qu'il vînt des lèvres ou de tout autre objet inanimé. C'était encore, à coup sûr, de l'*anesthésie suggestive*. Braïd exposa tous ces faits dans sa Neurypnologie, et remplaça le terme de *mesmerisme* par celui d'*hypnotisme* et plus tard encore par celui de *monoideisme*.

Dans un petit mémoire intitulé : *The power of the mind over the body*, il montra que chez certains sujets ces phénomènes pouvaient s'obtenir à l'état de veille par simple suggestion verbale.

En même temps que lui, un habitant de la Nouvelle-Angleterre, Grimes, propageait aux Etats-Unis la doctrine nouvelle de l'*électro-biologie*.

Le Dr Dodds publia sous le titre de *The philosophy of Electrical psychology* les faits qu'il avait constatés. Une large place était réservée à la *suggestion à l'état de veille*.

Le Dr Durand, de Gros, vulgarisa en France la doc-

trine de Braid et de Grimes. Il expliquait la façon de produire l'anesthésie nerveuse : il suffisait de réduire la pensée à un minimum, par l'excitation exclusive d'une sensation simple, homogène et continue : dans ces conditions, la cellule cérébrale continue à secréter la force nerveuse, et la pensée ne consomme plus qu'une faible partie de cette somme ; celle-ci s'accumule dans le cerveau où une congestion nerveuse aura lieu. C'est la première partie de l'opération Braidique, qui produit, ce que l'auteur appelle *l'état hypotonique*.

Lorsque le sujet se trouve dans cette situation, il est possible d'appeler sur tel point fonctionnel du centre de l'innervation, la force nerveuse emmagasinée et disponible. Dans ce but, on emploie une impression mentale, c'est-à-dire une idée suggérée. Durand de Gros, appelle *ideoplastie* l'application à un sujet de cette excitation mentale, grâce à laquelle il réalise à volonté l'anesthésie sous toutes ses formes.

Malgré les efforts de Durand de Gros, le Braidisme restait oublié, repoussé par la science officielle et il a fallu pour réveiller l'indifférence générale, la retentissante communication que le professeur Azam de Bordeaux fit en 1859, à la Société de chirurgie, et publia ensuite dans les *Archives de médecine* de 1860.

Azam, ayant eu la bonne fortune de rencontrer une malade, Félida X., atteinte de catalepsie spontanée, en profita pour répéter sur elle et quelques autres personnes, les expériences de Braid, qui lui avaient été communiquées par Bazin. Les résultats se produisirent avec une netteté parfaite : Azam obtint sans difficulté l'*anesthésie* et la catalepsie complètes.

Ce qui le frappa le plus dans les faits observés par lui, ce fut la possibilité de provoquer par l'hypnotisme une anesthésie complète des sujets. Quelques chirurgiens crurent que cette anesthésie nouvelle pourrait remplacer la chloroformisation.

Velpeau, Broca, Follin, Verneuil, Demaray et Girauld-Teulon, Gigot-Suard, Philips s'intéressèrent à la question. Mais on dut bientôt abandonner l'espoir de se servir de l'hypnotisme comme agent anesthésique : l'insensibilité absolue est l'exception chez les sujets hypnotisables, et elle est, d'autant plus difficile à produire, que le sujet est ému par l'appréhension d'une opération. A la suite de ces échecs, le Braidisme parut dénué d'intérêt pratique et retomba dans l'oubli. Néanmoins il apparut à quelques esprits que l'hypnotisme donnait lieu à des faits réels dont il fallait chercher le déterminisme. C'est alors que le Dr Liébault qui, depuis longtemps déjà, s'occupait de la question, publia en 1866 un livre intitulé : *Du Sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*. C'est l'ouvrage le plus important qui ait été publié sur le Braidisme. Le médecin de Nancy produisait le sommeil, par la seule suggestion verbale, et constatait chez ses malades, les mêmes *phénomènes d'anesthésie* que, par des procédés différents et plus compliqués, les autres auteurs avaient déjà réalisés.

Malgré toute la vérité, contenue dans ce livre de Liébault, les idées qu'il exposait ne se répandirent pas. La doctrine suggestive ne sortit pas de Nancy, et les successeurs de Braid continuèrent à produire le sommeil soit par la fixation des yeux, soit par des passes.

Ces procédés étaient d'usage courant à la Salpêtrière

quand, en 1878, Charcot se mit à étudier le somnambulisme provoqué chez les hystériques.

« Dès lors, la conception de l'hypnose se modifie. C'est une *névrose qu'on ne produit que* chez les hystériques, névrose à trois phases : léthargie, catalepsie, somnambulisme : ces trois états différents, peuvent s'obtenir d'emblée, l'un ou l'autre, suivant les sujets, par la fixation du regard. La léthargie se transforme en catalepsie par l'ouverture des yeux des sujets : la catalepsie devient léthargie par l'occlusion des yeux ou l'obscurité. Les deux se transforment en somnambulisme par friction légère du vertex du sujet, et le somnambulisme devient de nouveau léthargie par compression légère des globes oculaires. L'état de léthargie est rebelle aux suggestions.

Une impression sensorielle intense et soudaine, telle que bruit subit et inattendu du tam-tam ou l'explosion d'un paquet de fulmi-coton par une étincelle électrique, peut aussi provoquer la catalepsie.

Au lieu d'une impression vive et brusque, on a aussi produit l'hypnose par une impression sensorielle faible, monotone, prolongée, telle que le tic-tac d'une montre : on l'a produite même par l'attouchement de certaines régions du corps, dites zones hypnogènes. » (1).

La description de ces trois états nous intéresse particulièrement, parce que Charcot et ses élèves ont cru voir en eux des formes fixes, des caractères somatiques indiscutables, de la névrose nouvelle qu'ils venaient d'inventer.

Paul Richer a exposé dans son livre et dans des ar-

---

(1) Bernheim. *Hypnotisme et suggestion.* Paris, 1903.

ticles épars, les variations de la sensibilité au cours de ces trois états.

Pendant la léthargie, il y a anesthésie complète de la peau et des muqueuses, mais persistance de la sensibilité spéciale.

Pendant la catalepsie, insensibilité de la peau, mais persistance du sens musculaire, de la vue et de l'ouïe.

Pendant le somnambulisme : insensibilité de la peau et des muqueuses ; la sensibilité spéciale persiste au moins partiellement, et acquiert même quelquefois une acuité remarquable.

Le grand hypnotisme, celui de Paris, le vrai, « celui qui, à l'avis de Richer et de Gilles de la Tourette, mérite seul la qualification de scientifique » (1) était créé !

Les élèves de Charcot vulgarisèrent le dogme de *l'hypnotisme-névrose*, et ne furent pas toujours très doux pour leurs contradicteurs.

Cependant, M. le professeur Bernheim qui, lui aussi, avait étudié avec soin l'hypnose, d'abord à l'école de Liébault et plus tard, dans sa clinique de l'hôpital de Nancy, eut la hardiesse de s'inscrire en faux contre cette conception de Charcot, considérant l'hypnotisme comme une *névrose expérimentale* « dont les trois grandes périodes sont une série d'états différents les uns des autres pourvus chacun d'une symptomatologie propre ».

En 1883, au Congrès pour l'avancement des sciences, tenu à Rouen, il eut l'audace de prétendre que le grand hypnotisme, le seul qui méritait la qualification de scien-

(1) Richer et Gilles de la Tourette. Art. Hypnotisme in *Dict. de Dechambre*, page 72.

tifique, loin d'être une névrose, était simplement la mise en jeu d'une propriété normale du cerveau humain : la *suggestibilité*.

Dès lors la simple suggestion verbale était capable, *à l'état de veille*, de réaliser « les *stigmates physiques immuables* qui, suivant Gilles de la Tourette, sont à l'hypnotisme ce que la fièvre est à la pneumonie ».

Admettre cette conception de M. Bernheim, c'était anéantir, d'un seul coup, tous les travaux de la Salpêtrière sur la question de l'hypnotisme.

L'anesthésie nerveuse n'était plus le fait d'une névrose, mais devenait la conséquence, toute banale, d'une suggestion verbale.

Malgré la précision et la clarté des faits que M. Bernheim apportait à l'appui de son affirmation, Charcot et ses élèves ne purent se résoudre à capituler, et il y eut désormais deux écoles rivales : L'Ecole de Nancy et la Salpêtrière.

La controverse fut ardente, et de la part de Paris, dépassa quelquefois une juste mesure (1).

A ses adversaires, M. Bernheim répondait : « La lumière ne surgit pas de la discussion mais de l'examen des faits. Aucune discussion ne peut faire qu'un fait faux soit vrai ou qu'un fait vrai soit faux ». Dans une lettre écrite à M. Binet, en 1887, M. Bernheim ajoutait : « nous attendrons avec confiance le verdict de l'avenir ».

Or, l'avenir est venu et M. Bernheim a cette satisfac-

(1) Gilles de la Tourette. — Epilogue d'un procès célèbre. *Revue de l'hypnotisme*, 1890, page 244.

tion, si souvent refusée à bien des novateurs, d'assister au triomphe de ses idées.

La question qui se posait au début de la controverse était la suivante, en ce qui nous concerne : « L'anesthésie provoquée est-elle le fait d'une névrose, c'est-à-dire pathologique, ou bien, peut elle être créée, par simple affirmation, chez des sujets non hypnotisés ? »

Tous ceux qui vinrent visiter la clinique de M. Bernheim, Lloyd Tuckey, de Londres ; Renterghem, de La Haye ; Kingsbourg, de Blackpool ; le Révérend Père Coconnier, de Fribourg ; Forel, de Zurich ; Delbœuf, de Liège, et beaucoup d'autres encore, virent se réaliser sous leurs yeux, à l'état de veille, l'anesthésie et tous les phénomènes somatiques du grand hypnotisme. Le petit hypnotisme avait battu le grand. Forel, de Zurich, écrivait en 1889 : « Tout dans l'hypnotisme est suggestion, dit M. Bernheim, et plus j'avance dans l'étude du sujet, plus je trouve qu'il a raison (1) ». Après lui, Delbœuf disait : « Il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que des degrés et des modes divers de suggestibilité. »

C'est, je crois, l'idée actuelle de mon maître, et ainsi la vérité finit toujours par se faire jour ; *l'anesthésie psychique*, telle qu'elle a existé au temps de Mesmer et des magnétiseurs, à l'époque de Faria, de Braid, de Charcot et de M. Bernheim, est une anesthésie par suggestion : l'hypnotisé qui a l'illusion de dormir, réalise par autosuggestion tous les symptômes du sommeil normal.

En même temps que se faisaient ces recherches sur l'hypnose et qu'on constatait l'anesthésie, que cet état est

(1) *Revue de l'hypnotisme*. 1889, page 297.

capable de produire, on étudiait parallèlement une autre anesthésie nerveuse, celle-ci en apparence spontanée et qui existe chez les hystériques.

IV

Il est vraisemblable, je pourrais même dire il est certain que tous les phénomènes d'anesthésie, décrits dans le paragraphe Ier de ce chapitre, ressortissent de ce qu'on est convenu d'appeler, l'anesthésie hystérique.

Or, cette maladie est connue depuis la haute antiquité; tous les médecins la signalent, et il est vraiment extraordinaire que, dans ces conditions, ils aient méconnu la valeur séméiologique de cette anesthésie, et permis ainsi les hécatombes humaines dont les *stigmata diaboli* ont été l'occasion.

Cependant, les auteurs avaient bien constaté ce symptôme. Je trouve dans Rabelais le passage suivant: « Nature ha dedans le corps de la femme posé en lieu secret et intestin un animal lequel n'est es homme: par la poincture et fretillement doloreux duquel (car cet animal est tout nerveux et de vif sentiment) tout le corps en est ébranlé, tous *les sens ravis*, et tous les pensements confondus — cet animal a mouvements propres de suffocation, de précipitation, de corruption, d'indignation, voir si violents, que bien souvent par eux est tollu à la femme *tout autre sens* et mouvements. »

Paré avait également écrit: « Autres tombent en extase

qui est un évanouissement et ravissement des esprits comme si l'âme était séparée du corps (1). »

Plus tard, on trouve dans Primerose (liv. III. cap. VII) la phrase suivante : « *Quædam non vident apertis oculis ; quædam non audiunt, aliæ loqui non possunt.* »

Pomme, de son côté, avait, en 1771, signalé un cas d'amaurose. Mais ces observations restaient éparses, et pour ce qui est de l'anesthésie cutanée, on croyait à de la jonglerie de la part des sujets, et les observateurs s'ingéniaient, de toutes les manières, pour les prendre en défaut. On étudiait alors l'hystérie avec si peu de soin, dit Briquet, que dans les traités spéciaux de Hoffmann, de Louyer-Villermay, et que dans les ouvrages plus récents sur les maladies nerveuses, il n'est pas même fait mention de l'anesthésie chez les hystériques.

Les premières observations précises, relatives à l'anesthésie hystérique, datent de 1843. — « A cette époque, Piorry, qui avait à l'hôpital de la Pitié des salles, dans lesquelles se trouvaient bon nombre de ces malades, fit de nouveau constater sous le nom de paralysies ou *d'anervies*, aux élèves qui suivaient ses visites, l'existence de ces anesthésies de la peau, des sens et des muscles, qu'on pouvait observer sur un certain nombre d'entre elles (2) ».

Gendrin a, le premier, bien mis en lumière l'anesthésie des hystériques, dans la lettre adressée par lui à l'Académie de médecine le 11 août 1846. « L'hystérie, disait-il, n'est point uniquement caractérisée par des attaques spasmodiques, reproduites par intervalles. C'est

(1) Œuvres de A. PARÉ. *Édition Malgaigne*. T. II, p. 754.
(2) BRIQUET. *Traité de l'hystérie*, p. 273.

une maladie continue qui présente toujours, dans les intervalles des attaques, des symptômes qui suffisent pour la caractériser. Dans tous les cas d'hystérie sans exceptions, depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison, il existe un état d'insensibilité générale ou partielle. Au plus léger degré, l'anesthésie n'occupe que certaines régions de la peau ; au plus haut degré, elle occupe toute la surface tégumentaire et celle des membranes muqueuses accessibles à nos moyens d'investigation, telles que la conjonctive, la pituitaire, la muqueuse bucco-pharyngienne, celle du rectum, du canal de l'urèthre, de la vessie, du vagin. Il n'est pas très rare que l'anesthésie existe dans les organes des sens et qu'elle s'étende dans les parties profondes. Certains malades, perdent jusqu'à la conscience de la position de leurs membres et des actes de la locomotion. Il n'y a pas de rapport constant entre le degré d'anesthésie et l'intensité et la fréquence ou la forme des attaques (1) ». Gendrin ajoutait même que certaines femmes qui, en état de somnambulisme magnétique, étaient devenues insensibles à la douleur, devaient être regardées comme des hystériques frappées d'anesthésie.

La thèse d'Henrot qui date de 1847 développait les idées de Gendrin.

D'autres mémoires parurent ensuite sur le même sujet : les articles écrits par Lasègue dans les *Archives générales de Médecine* constituaient un excellent travail d'ensemble sur cette question ; en même temps Skokalsky étudiait l'anesthésie et l'hypéresthésie chez les hystériques ;

(1) Cité par PITRES, *loc. cit.*, p. 60.

Voisin l'anesthésie cutanée ; et Briquet faisait une étude documentée de ce symptôme. « Sur 400 hystériques, écrit-il (1), il ne s'en est trouvé que 240, c'est-à-dire 60 pour 100 qui aient présenté des signes évidents et constants d'anesthésie. Dans cette évaluation, je ne tiens pas compte des cas, où il existe de l'insensibilité à la conjonctive de l'œil gauche, qu'on rencontre sur la très grande majorité des hystériques, parce que ne l'ayant pas cherchée sur toutes les malades, je ne puis déterminer dans quelle proportion elle existe. Je ne tiens pas non plus compte de ces anesthésies de quelques heures, qu'on observe chez certains hystériques au sortir d'une attaque. »

Briquet a parfaitement observé les symptômes de l'anesthésie nerveuse, et il n'y a pour ainsi dire rien à ajouter à sa description. Contrairement à l'opinion de Gendrin, qui prétendait que l'anesthésie suivait toujours les attaques hystériques, Briquet affirme qu'il a vu 61 femmes n'ayant jamais eu de crises nerveuses et qui présentaient pourtant une anesthésie manifeste. D'autre part, il montre, avec beaucoup d'exemples à l'appui, que l'anesthésie succède souvent à une impression morale vive. Il prétend déjà que cette insensibilité des hystériques existe à l'état de veille, chez les individus les plus normaux, quand ils sont surpris par une forte émotion : « Dans les simples émotions, on voit la peau pâlir, se refroidir et se prendre d'engourdissement ; dans les émotions fort vives on ne voit plus, on n'entend plus ; lorsque l'esprit est fortement préoccupé, les objets avec lesquels le corps est en contact ne sont plus sentis : dans la frayeur les jambes

(1) Briquet, *loc. cit.*, p. 273.

se dérobent sous le corps, etc... » Cette phrase que je viens de citer, met en relief l'esprit, éminemment clinique et observateur de Briquet. Qu'on développe cette idée, qu'il donne en passant, et c'est la théorie actuelle de certaines variétés d'anesthésie hystérique.

J'insisterai moins sur la description même de l'anesthésie, et sur tous les chiffres fournis par les auteurs, pour indiquer la fréquence des différentes localisations. Depuis Briquet on décrit la forme hémilatérale, l'anesthésie en îlots, la disposition en territoires géométriques circonscrits, telle qu'anesthésie en gant, en manchette, en manche de veste, en botte, etc, et enfin, l'hemi-anesthésie sensitivo-sensorielle.

Lorsqu'on lit ces descriptions dans les ouvrages complets, parus, depuis que cette anesthésie est connue, on est tout de suite frappé, par la différence notable qui existe entre les résultats obtenus par les cliniciens. Il semble bien que les statistiques dressées par les médecins, dépendent plutôt de leur manière d'opérer que des malades eux-mêmes, car il serait véritablement étrange, que l'anesthésie des hystériques de *Briquet*, de ceux de la Salpêtrière, de ceux de Bordeaux ou de ceux de Nancy présentât dans ces différents lieux des variations aussi considérables.

Si tous les médecins ne sont pas d'accord sur le pourcentage des formes que peut affecter l'anesthésie hystérique, ils s'entendent tous, pour reconnaître les variations spontanées qu'elle présente, au cours d'examens successifs. Ils admettent aussi que, par des procédés convenables, il est possible de restaurer la sensibilité.

Au début Briquet, Duchêne de Boulogne, Grasset, Bour-

ceret employaient surtout la faradisation cutanée, et obtenaient de bons résultats !

Plus tard, on eut recours à la métallothérapie. L'idée de cette méthode appartient à *Burq*, qui, depuis 1849, se servait de métaux différents pour guérir des contractures, des paralysies ou des anesthésies. En 1876, il écrivait à Claude Bernard en lui soumettant les faits qu'il avait observés. Une Commission d'étude fut nommée, dont firent partie, Charcot, Luys et Dumontpallier.

« Charcot acquit bientôt la conviction qu'il y avait une large part de vérité dans les assertions de Burq. Il constata que l'anesthésie des hystériques disparaissait temporairement, lorsqu'on appliquait pendant quelques minutes, sur la peau de ces malades, certains métaux. Il s'assura que tous les métaux n'agissaient pas également sur tous les sujets ; telle anesthésie se dissipait rapidement sous l'influence du fer ou du cuivre : c'est ce que Burq appelle *l'idiosyncrasie métallique*. Il reconnut en outre que certaines anesthésies survenues consécutivement à des lésions organiques du cerveau, pouvaient disparaître tout aussi bien que des anesthésies hystériques, par le fait de simples applications métalliques. Enfin, il découvrit que le champ des investigations, relatives aux actions esthésiogéniques, ne devait pas être borné aux procédés métalloscopiques de Burq, car l'aimantation, la galvanisation légère, les vibrations mécaniques, étaient souvent aussi efficaces pour réveiller la sensibilité, que le contact des métaux (1) ».

Pendant le cours de leurs recherches sur la valeur de la

(1) Pitres, *loc. cit.*, p. 146.

métalloscopie, les membres de la Commission découvraient deux phénomènes nouveaux : le *transfert* et les *oscillations consécutives*.

Si on applique une pièce d'or sur le bras anesthésique d'une hystérique, sensible à l'or, généralement la sensibilité revient petit à petit, et disparaît à l'autre bras : c'est ce que Charcot a appelé *transfert* de la sensibilité. Si maintenant on enlève l'agent *esthésiogène*, l'anesthésie reprend sa position primitive, mais avant de se fixer du côté où elle existait avant le début de l'expérience, elle subit un certain nombre d'oscillations de plusieurs minutes de durée, pendant lesquelles on peut la constater tantôt d'un côté, tantôt de l'autre : c'est ce qu'on a appelé les *oscillations consécutives*.

Tous ces phénomènes furent reproduits par les observateurs, qui avaient pris connaissance du rapport de la Commission d'étude. Chacun voulut trouver un nouvel agent esthésiogène : et des publications innombrables chantèrent les vertus puissantes de l'or, du zinc, du plomb, des alliages ; d'autres vantèrent l'action efficace de l'eau chaude, de l'eau froide, du collodion, des sinapismes, d'autres enfin s'étaient adressés avec succès aux minéraux, au sulfure de fer, au fluorure de calcium, au sulfate, au carbonate de fer, aux vapeurs mercurielles, au nitrite d'amyle, au jaborandi, au bois même. Bref, à en croire tous ces médecins, la nature entière était esthésiogène !

Cette particularité, n'ébranla pas la confiance que la Salpêtrière avait placée dans la méthode métallothérapique. M. Vigouroux fut chargé de donner l'explication scientifique des phénomènes observés. Il pensa que

« l'action des métaux est un phénomène *d'électricité statique* », et il résuma ses opinions dans les deux propositions suivantes :

1° Un état électrique déterminé, des organes périphériques de la sensibilité générale et spéciale, est nécessaire à l'exercice de ces fonctions ;

2° On peut modifier cet état électrique, et par suite la sensibilité, en déterminant à la surface du corps, un phénomène de tension, ce qui peut se faire par l'application d'une plaque polarisée par l'électrisation avec un seul pôle, par le courant (1).

En même temps que lui, M. Regnard, un autre membre de la Commission d'étude, expliquait les phénomènes par l'action de *courants électriques*. Il avait inventé un galvanomètre très sensible qui permettait de mesurer les courants les plus faibles. C'est ainsi qu'il avait pu constater qu'une plaque de métal posée sur la peau, donnait lieu à un courant d'une intensité minime mais suffisante pour dissiper l'anesthésie ou produire son transfert.

Et cependant toutes ses théories éminemment scientifiques, n'avaient pas convaincu tous les savants.

Schiff, de Genève, avait guéri des anesthésies en interposant un mouchoir de soie, de la cire à cacheter ou un morceau de bois, entre la peau et la plaque de métal. D'autre part, il pensait que le courant électrique admis par Regnard, était trop faible pour produire un effet quelconque, et il attribuait la vertu esthésiogène des métaux employés, à des *vibrations moléculaires* qui se produisent

(1) *Société de Biologie*. Sur la théorie physique de la métallothérapie, 1877, page 401.

dans tous les corps, et qui agissent d'autant mieux, qu'elles sont plus en concordance avec celles du système nerveux du sujet.

En somme, tous les médecins s'accordaient sur les faits eux-mêmes, et tous les savants étaient en désaccord sur l'interprétation.

La pratique de la métallothérapie rendit aux aimants la place qu'ils avaient perdue dans l'arsenal thérapeutique. Ce fut l'époque des bagues, des bracelets aimantés ! En réalité, on obtenait par les aimants les mêmes résultats que par les métaux.

Quelques observateurs, tels que Hughes Bennett et Hack Tücke déniaient déjà toute influence aux courants électriques dans la production des phénomènes esthiogéniques. Ils rapportaient à la seule imagination, le transfert, les oscillations consécutives et tous les effets obtenus par les métaux ou les aimants. Du reste, les élèves de la Salpêtrière se chargeaient eux-mêmes d'apporter des arguments à ceux qui ne pensaient pas comme eux.

Ainsi, tel métal auquel une malade avait été sensible la veille devenait inefficace, le lendemain. Je trouve dans le livre de M. Pitres le tableau intéressant suivant, qui indique l'idiosyncrasie métallique d'une malade, à deux époques différentes :

Albertine M... Hemianesthésie gauche	En 1882	*Agents actifs.* — Fer, bois, frictions, passes, insufflation sur la peau.
		Agents inactifs expérimentés. — Or, argent, acier, laiton, cuivre, zinc, étain, verre, ivoire, caoutchouc.
	En 1886	*Agents actifs.* — Or, argent, cuivre, laiton, fer, acier, plomb, étain, zinc, friction, passes, insufflations.
		Agents inactifs expérimentés. — Verre, ivoire, bois, caoutchouc.

Ce soin minutieux à dresser ces listes de métaux montre bien la croyance qu'on avait alors dans l'efficacité de la métallothérapie dans le traitement de l'anesthésie hystérique.

L'influence exclusive de l'imagination des malades ne paraissait pas douteuse. Il s'agissait de le démontrer.

Ce fut l'œuvre de M. Bernheim.

Tandis que la Salpêtrière étudiait l'hystérie et ses symptômes, et créait de toutes pièces la grande hystérie, comme elle avait inventé le grand hypnotisme, l'Ecole de Nancy, plus modeste, se contentait de la petite hystérie, dont elle étudiait avec soin tous les symptômes en se *défiant de cette suggestion involontaire, que le médecin exerce, à son insu, sur l'esprit des sujets en expérience.*

C'est ainsi qu'après de longues et minutieuses observations, M. Bernheim put dire que l'action esthésiogène des métaux ou des aimants était due, uniquement, à la suggestion, et qu'il était possible de réaliser, par la seule suggestion verbale, toutes les guérisons de la métallothérapie.

Ce que la suggestion est capable de guérir, doit aussi pouvoir être créé par la suggestion.

Similia similibus curantur ! pourrait-on dire, ou encore le succès d'une thérapeutique, montre la nature de la maladie.

M. Bernheim n'hésita pas, et pour lui, l'anesthésie hystérique était l'œuvre d'une auto-suggestion, dont nous étudierons plus loin le point de départ ; c'est une anesthésie psychique sans localisation anatomique : la sensation est perçue, mais le cerveau la neutralise et crée une *illusion négative*. Voici, du reste, la conclusion énoncée

par M. Bernheim en 1886 à Nancy, au Congrès pour l'avancement des sciences : « L'amaurose hystérique n'a aucune localisation anatomique ; elle ne réside ni dans la rétine, ni dans le nerf optique, ni dans le centre cortical visuel : elle est localisée uniquement dans l'imagination du sujet. Je pourrais démontrer facilement que toute l'hémianesthésie hystérique est un phénomène de même ordre, purement psychique. »

Dans cette théorie nouvelle, il n'était plus question de cette inhibition qui, s'exerçant sur le cerveau, devait empêcher un certain nombre de sensations de parvenir jusqu'au champ de la conscience ; on accordait le rôle primordial et essentiel, à la mise en œuvre de certaines influences, de cette propriété normale du cerveau humain : la *suggestibilité*.

Ce ne fut pas sans peine que cette doctrine parvint à se faire la place, que lui valait pourtant, toute la force de vérité qui est en elle ; mais la Salpêtrière veillait ! Quand on a inventé le grand hypnotisme et la grande hystérie, il est assez pénible de reconnaître « que les signes somatiques fixes, immuables » sont presque toujours l'œuvre même du médecin qui les examine.

Néanmoins, l'idée de M. Bernheim a fait son chemin : les Parisiens, et parmi eux quelques-uns des élèves de Charcot, et non des moindres, ont adopté la manière de voir de l'Ecole de Nancy.

Je n'en veux pour preuve que cette clinique de M. Babinsky, faite à ses élèves, le 1er novembre 1905 (1) :

« L'hystérie, disait-il, doit être définie par ce fait que les

(1) *Journal de pathologie interne*. 1905.

manifestations qui lui sont propres, sont susceptibles d'être reproduites rigoureusement par suggestion et de disparaître exclusivement par suggestion.

Le terme d'hystérie doit être abandonné et on peut lui substituer celui de *pithiâtisme* (du grec *pithos*, persuasion) : les manifestations hystériques, seront dites *pithiatiques* ».

Prise à la lettre, cette définition signifie que le pithiatisme, c'est-à-dire la faculté d'être persuadé, est une manifestation hystérique !

Or, à part quelques *têtus* irréductibles, quel est l'homme qui n'est pas pithiatisable dans une certaine mesure ?

L'humanité presque tout entière est pithiatisable, tous les hommes sont frères..... et hystériques !

Mais non, parler ainsi, tirer cette conclusion de la définition de M. Babinsky, ce serait à coup sûr dépasser la pensée du maître.

En tout cas, M. Babinsky dépassant ainsi de beaucoup la doctrine de M. Bernheim, tendrait au moins à croire que dans l'hystérie tout est suggestion — ce qui n'est pas exact.

Quand une femme a une première crise, après une frayeur, où est la suggestion ?

C'est une réaction psycho-physiologique, d'origine *émotive*, qui peut se reproduire, par simple auto-suggestion, mais dont le point de départ est dû à une émotion.

Cela me paraît donc une grosse erreur que d'identifier la suggestion avec l'hystérie : ce n'est pas ici le lieu de développer cette question, que M. Bernheim a longuement traité dans ses ouvrages, mais je puis rappeler qu'il y a des hystérisables, très peu suggestibles, et des suggestibles non hystérisables.

Le seul point que je veux retenir de la conférence de M. Babinsky, c'est qu'il reconnaît la nature auto-suggestive des manifestations dites hystériques, et qu'à ce point de vue au moins, il est venu se rattacher à la doctrine de l'École de Nancy.

Grâce au talent indiscutable qu'on lui connaît, M. Babinsky aura vite fait de répandre parmi ses élèves la doctrine de la suggestion ; par elle, tous les dogmes que la Salpêtrière avait établis sur l'hypnotisme et l'hystérie, vont heureusement disparaître de la médecine contemporaine.

Au terme de suggestion, tel qu'il est compris par Nancy, M. Babinsky substitue celui de pithiatisme : cela n'a pas d'importance ; mais il était à craindre que ce terme nouveau ne *parisianisât*, par trop, la doctrine de M. Bernheim, en faisant perdre de vue, son origine provinciale ; je sais bien qu'on pourra m'objecter que pithiatisme n'est pas synonyme de suggestion ; mais qu'on veuille bien lire l'article publié par mon maître dans la *Revue Bleue* de 1905 (1), et l'on verra que le pithiatisme de M. Babinsky se rapproche beaucoup de la suggestion telle qu'on la pratique à Nancy. Aussi bien, n'est-ce là que discussion de mots, qui ne présente qu'un intérêt très secondaire.

Ce qu'il importe de retenir, et j'insiste sur ce point, c'est que la doctrine de la suggestion vigile, née à Nancy, et adoptée aujourd'hui par Paris, ne peut cependant pas expliquer à elle seule l'hystérie : elle peut jouer un rôle

---

(1) BERNHEIM. Suggestion et persuasion. *Revue Bleue et Revue méd. de l'Est.* Avril 1905.

dans la répétition des crises, mais elle n'en est pas, si j'ose ainsi dire, le *primum movens* ; elle n'est pas l'auteur constant de la première crise.

Si maintenant, j'essaie d'embrasser d'un coup d'œil d'ensemble ce chapitre d'historique en le prenant pour ainsi dire à rebours, je pourrai conclure de la façon suivante.

M. Bernheim a établi, par des faits indiscutables, que la suggestibilité est une propriété normale du cerveau humain, qu'elle est variable suivant chaque sujet, au point que chacun constitue, si je puis dire, une *individualité suggestive* : chez tel, on peut actionner plus particulièrement la sensibilité, la motilité ou même les fonctions viscérales ; chez tel autre, on peut actionner presque toutes les sphères nerveuses, déterminer de l'analgésie, de la paralysie, des contractures. Bref il est possible de réaliser chez eux, tous les soi-disant stigmates sensitivo-sensoriels, caractéristiques de l'hystérie, sans que pour cela les sujets soient hystérisables (aptitude à avoir des crises).

Le degré de suggestibilité est loin d'être en rapport avec le degré d'hystérabilité.

Le sommeil provoqué n'est nullement nécessaire pour obtenir ces phénomènes de suggestion.

Les uns, très suggestibles, peuvent tout réaliser y compris les hallucinations à l'état de veille.

Le sommeil lui-même est un phénomène que la suggestion peut faire ou dont elle peut donner l'illusion, sans l'intervention de causes physiques, telles que, bruit soudain, lumière vive, fixation d'objet brillant, etc.

Ce sommeil n'est nullement nécessaire pour créer la

suggestibilité. — Elle existe indépendamment de lui. C'est dans ce sens que M. Bernheim a pu dire avec M. Delbœuf : « *Il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestibilité.* »

Mais cette suggestibilité extrême, doit-elle être, comme le veut M. Babinsky, identifiée avec l'hystérie ? Ce n'est qu'une question de définition. La seule chose absolument incontestable, c'est que cette suggestibilité existe, même très forte, chez beaucoup de sujets qui n'ont eu et n'auront jamais de crises d'hystérie, chez lesquels on ne peut même pas les provoquer, et qui n'ont, du reste, aucun des prétendus stigmates d'hystérie, à moins qu'on ne les développe.

Ce qui est vrai aussi, c'est que la grande suggestibilité est aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes, qu'elle n'est nullement en rapport, comme je l'ai déjà dit, avec l'hystérabilité, que beaucoup de sujets hystérisables ne sont pas plus suggestibles, que ceux qui ne le sont pas, que l'impressionnabilité nerveuse qui crée l'accès d'hystérie, appelé par M. Bernheim, une réaction psycho-motrice, n'est pas la même que l'impressionnabilité nerveuse qui crée la suggestion.

Certains sujets, nullement émotifs, comme les vieux soldats, certains paysans, certaines personnes habituées à l'obéissance passive, sont très suggestibles, tandis que souvent ceux qui sont émotifs, ont l'esprit très mobile et ne se laissent pas influencer par toutes les suggestions.

Il suffit d'avoir suivi, pendant quelques jours, la clinique de Nancy, pour être convaincu que, c'est une erreur clinique, que d'identifier hystérie avec suggestibilité.

Ce qu'on appelait grand hypnotisme, n'est qu'une sug-

gestibilité cultivée dans un certain sens, et créant les phénomènes par l'intervention médicale ou par imitation.

Ce qu'on appelle grande hystérie (1), je parle de celle qui est classique, évoluant dans un ordre constant, conformément à la description de la Salpêtrière, n'est qu'une hystérie de culture, créée aussi par suggestion ou imitation.

Les somnambules naturels ou artificiels (somnambules des magnétiseurs) sont des sujets hallucinés, à l'état de veille ou de sommeil; ils vivent en quelque sorte leur rêve, et peuvent être anesthésiques, soit parce qu'on le leur a suggéré, soit parce que leur hallucination occupe une telle place, dans le champ de leur conscience, que celle-ci est devenue inaccessible aux impressions venues du dehors.

Tels aussi, nous apparaissent, au cours de l'histoire, certains extatiques, fanatiques, possédés ou martyrs, devenus anesthésiques, sous des influences diverses : tantôt c'est une idée, un sentiment: foi patriotique, foi religieuse, foi révolutionnaire, qui envahit le champ de leur conscience, jusqu'à les isoler du monde extérieur; tantôt c'est la foi en une puissance occulte, qui supprime en eux le sentiment de la douleur, grâce à la confiance qu'ils ont en son pouvoir mystérieux : il s'agit alors d'auto-suggestion.

Voilà l'histoire de l'anesthésie nerveuse depuis les temps lointains où elle est apparue : si mystérieuse jadis, elle est devenue susceptible maintenant d'une expli-

---

(1) M. Magnin lui-même a constaté que la grande hystérie était moins fréquente aujourd'hui qu'autrefois.

cation plus humaine et plus scientifique, grâce à la doctrine de la suggestion.

A la lumière de cette doctrine psycho-physiologique, s'évanouissent toutes les extases et toutes les apparitions, tous les miracles, tous les phénomènes de sorcellerie et de possession, qui ont rempli, jusqu'à nos jours, l'histoire de l'humanité.

La suggestion a substitué à la formule de jadis : *Semper ignorabimus*, la formule de Hœckel plus moderne et plus féconde : *Imparidi progrediamur*.

CHAPITRE II

Les Caractères cliniques de l'Anesthésie nerveuse

J'ai l'intention d'étudier d'abord les caractères de l'anesthésie nerveuse suggérée. Dans ces cas, il est facile de varier les conditions de l'expérimentation, et de se rendre compte ensuite d'une façon plus exacte, de la nature des phénomènes observés.

Quand j'aurai ainsi déterminé la forme clinique de l'anesthésie suggérée, je rapporterai quelques observations détaillées, d'anesthésie nerveuse, en apparence spontanée, et la conclusion s'imposera d'elle-même, telle que je l'ai annoncée au début de ce travail : l'anesthésie dite hystérique est identique à l'anesthésie suggérée.

I

Formes cliniques de l'anesthésie expérimentale

Les formes cliniques, que l'anesthésie suggérée peut prendre, varient à l'infini, puisqu'elles sont sous la dépendance immédiate de la volonté de l'expérimentateur. Néanmoins, elles présentent toutes un certain nombre de caractères communs, grâce auxquels il est impossible de les confondre avec aucune autre espèce d'anesthésie.

J'ai examiné **95** malades dont **55** femmes et **40** hommes sur lesquels j'ai étudié l'anesthésie expérimentale. J'ai choisi mes malades au hasard des entrées dans le service de M. le Pr Bernheim, en *évitant* seulement de prendre ceux, qui avaient présenté dans leurs antécédents, des crises hystériques. La plupart de ceux sur lesquels j'ai expérimenté, étaient des tuberculeux, des rhumatisants, des cardiaques, des chlorotiques, des saturnins, des convalescents de fièvre grave.

Je n'ai pas pu créer chez tous, des anesthésies nerveuses, et je crois nécessaire d'indiquer ici le nombre d'insuccès, afin que ceux qui voudront reproduire ces expériences, trouvent dans ce travail toutes les indications utiles.

Nombre des sujets anesthésiables

Sur 95 sujets j'en ai trouvé 60, soit **63,15 pour cent** (1) chez qui j'ai pu créer, par suggestion à l'état de veille, des anesthésies plus ou moins complètes ou durables. Ces 60 malades comprenaient **45** femmes et **15** hommes.

Voici comment je procédais généralement ; je disais au malade, après l'avoir piqué à l'improviste, afin de connaître, ceux déjà anesthésiques : « J'ai besoin de savoir s'il est possible de vous rendre la main insensible : c'est très fréquent après les maladies. » Alors, j'appuyais mes doigts sur les tendons de la face antérieure du poignet : j'imprimais à mes doigts un mouvement de tremblement rapide et je persuadais au malade que je comprimais, à la fois, les vaisseaux et les nerfs de la main. Au bout d'un instant je leur disais : vous allez bientôt sentir des fourmillements, votre main deviendra plus froide, et je pourrai alors vous piquer sans que vous ressentiez rien (2). Suivant les malades, les sensations annoncées se produisaient plus ou moins rapidement : quelques-uns n'éprouvaient absolument rien, et ces derniers, malgré mes efforts, ne sont presque jamais devenus anesthésiques. Bref, chez les

(1) Je suis loin des chiffres d'Ochorowitz qui à l'aide de son hypnoscope avait constaté que 4 à 5 pour cent, des sujets, sont suggestibles à l'état de veille.

(2) John Hunter a écrit : « Je suis certain de pouvoir fixer l'attention sur une partie quelconque de mon corps jusqu'à ce que j'y éprouve quelque sensation. Dites à 20 personnes de fixer leur attention sur leur petit doigt, quelques-unes n'éprouvent rien, la plupart, au bout de 5 à 10 minutes sentiront des picotements, des pesanteurs, des fourmillements.

suggestibles, l'anesthésie était complète au bout de 3 à 5 minutes. Si quelquefois je les piquais trop tôt, il y avait bien une ou deux piqûres qui n'étaient pas perçues, mais ils ne tardaient pas à sentir de nouveau, et je devais reprendre la compression du poignet, avant de retrouver l'anesthésie complète. Quand ce premier résultat avait été obtenu, il m'était très facile de créer une anesthésie cutanée plus étendue. Je posais le doigt sur un point quelconque du corps pour comprimer, disais-je, un autre vaisseau et ainsi le bras tout entier était anesthésié. J'opérais de même sur les côtes, sur le membre inférieur, et en un quart d'heure, l'hémianesthésie était complète, mais elle n'était pas encore sensorielle. Sur 12 de ces malades, je n'ai pu créer cette anesthésie du premier coup, mais l'épreuve de la *pseudo-compression* m'avait montré qu'ils étaient suggestibles et en recommençant la manœuvre plusieurs jours de suite, je suis arrivé à mes fins.

Pour 4 de cette catégorie, absolument rebelles, j'ai pu, en créant le sommeil hypnotique, produire une anesthésie que je n'avais pas pu réaliser à l'état de veille (1), mais chez eux, l'anesthésie a toujours été très fugace.

Pour produire l'amblyopie et la surdité nerveuses, je procédais de la même façon. Je plaçais le doigt sur l'arcade arbitraire ou sur la région mastoidienne, en imprimant à ce doigt un rapide tremblement, puis je disais : « Je comprime maintenant le nerf de l'œil et celui de l'oreille. Un brouillard va se placer devant l'œil, vous

(1) D'une façon générale je n'ai jamais obtenu plus facilement par le sommeil ce que je n'avais pu réaliser à l'état de veille. Au point de vue expérimental et thérapeutique, la suggestion, à l'état de veille, est aussi puissante que la suggestion, dite hypnotique.

entendrez des bourdonnements d'oreille, puis vous ne verrez plus et vous n'entendrez plus ». Lorsque cette anesthésie sensorielle était possible, chez le sujet, elle se produisait rapidement, et alors, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle était complète. Je l'ai réalisée sur 25 sujets dont 18 femmes et 7 hommes.

Je dois ajouter qu'il n'est pas toujours nécessaire d'user de tous ces subterfuges, et que souvent chez des sujets très suggestibles, la seule affirmation verbale suffit. Je connais un étudiant en médecine, à qui j'expliquais un jour les phénomènes de la suggestion, et qui restait très sceptique devant mes affirmations, que j'ai pu cependant, rendre anesthésique, amaurotique, muet et sourd par simple affirmation. Ces faits ne sont pas aussi rares qu'on le pense, et, quand on les recherche systématiquement on est tout étonné de leur fréquence (1).

En résumé sur 95 malades 60 ont pu être rendus anesthésiques ; 35 sont restés rebelles à toute tentative. Sur ces 60 j'ai réalisé chez 25 une hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Topographie des anesthésies suggérées

D'abord ces anesthésies sont très mobiles : telle anesthésie de la main, très nette la veille, avait disparu le lendemain ou s'était étendue à tout le bras, et même à tout une moitié du corps. Si la veille avec un

(1) On lit dans *Feuchtersleben* : « L'homme, d'après Gœthe, peut ordonner à la nature d'éliminer de son être, tous les éléments étrangers, cause de *souffrance* ou de maladie. »

crayon dermographique j'avais marqué, à l'insu de la malade, la limite de l'anesthésie constatée, je m'apercevais, le lendemain, que cette limite avait changé dans un sens ou dans l'autre. Si au contraire étudiant l'anesthésie j'avais fait remarquer à la malade la limite de son étendue et marqué cette frontière d'un trait de crayon, il arrivait, la plupart du temps, qu'à l'examen suivant, la malade, ayant les yeux ouverts, l'anesthésie avait gardé la même topographie. Par contre, si je fermais les yeux du sujet, il se trompait et accusait la sensation de tact ou de piqûre, en un point, qu'à l'instant même, il avait déclaré insensible. On a absolument l'impression que le malade simule, mais tous les faits de même nature que j'ai eu l'occasion de constater, vont absolument à l'encontre de cette manière de voir. C'est du reste, l'opinion de M. Bernheim, qui a fait une étude approfondie de tous ces phénomènes, qui déroutent, au premier abord, l'observateur non prévenu.

Les auteurs qui ont le plus étudié les anesthésies nerveuses, ont surtout signalé comme très fréquentes : l'anesthésie de la conjonctive gauche, l'anesthésie pharyngée et le rétrécissement du champ visuel.

Parmi les 60 malades, rendus anesthésiques, *aucun* n'a présenté spontanément, au moment ou je venais de créer l'anesthésie de la main, soit de l'anesthésie pharyngée, soit de l'anesthésie des conjonctives. Je n'ai pas examiné chez tous, le champ visuel au moment même ou je produisais une anesthésie localisée, mais 4 sur 5 examinés dans ces conditions ont montré un champ visuel normal. Le dernier seul, présentait un champ visuel *légèrement* rétréci.

Je dois dire, pour ce qui est de l'anesthésie pharyngée, qu'elle est très variable chez les individus normaux, et qu'il me paraît bien difficile de tirer une conclusion de son existence ou de sa disparition.

Mais s'il m'arrivait de renouveler ces recherches à plusieurs reprises, je constatais l'apparition graduelle de ces trois symptômes.

Sans prévenir le sujet du but de ma recherche, je le plaçais plusieurs jours de suite devant le campimètre, et je notais l'étendue de son champ visuel. Il est rare, qu'au bout du troisième examen, je n'aie pas constaté le rétrécissement concentrique du champ de la vision. Le sujet avait deviné la raison de ces examens successifs et *inconsciemment* il réalisait le rétrécissement du champ visuel.

Si, au lieu de faire l'épreuve sans rien dire, j'annonçais à haute voix, au camarade qui m'assistait, que dans ces cas, il arrive souvent que la vue est diminuée, il n'était pas besoin de multiplier les examens : le malade avait entendu mes paroles, et diminuait aussitôt le champ de sa vision.

Il en est de même pour l'anesthésie pharyngée et conjonctivale, quand on la recherche plusieurs jours de suite.

Dans ces conditions, il serait vraiment illusoire d'attacher une importance quelconque à la topographie des anesthésies : elles sont telles que l'expérimentateur les a créées ou telles que l'imagination du sujet pense qu'elles doivent être. On dirait vraiment que ces sujets mettent en jeu, une perspicacité inouie pour deviner la pensée, de celui qui les examine, et une complaisance parfaite à le réaliser symptôme que l'on recherche.

Le geste les suggère autant que la parole.

Je cite ici, l'observation résumée d'une malade très intéressante au point de vue de la topographie des anesthésies suggérées.

OBSERVATION I

(Anesthésie expérimentale)

Joséphine M... entre à l'hôpital au mois de mars 1905 pour des crises de dyspnée nerveuse, simulant à s'y méprendre des accès d'asthme. Elle est âgée de 28 ans, n'a jamais eu de crise d'hystérie, et n'a pas fait d'autres maladies. La crise de dyspnée serait survenue à la suite d'une émotion vive au cours d'une bronchite qui n'est pas encore tout à fait guérie.

A l'examen, fait le 14 mars, elle ne présente aucune anesthésie, ni cutanée, ni sensorielle. Elle n'a pas d'anesthésie pharyngée et son champ visuel est absolument normal.

Le 15 mars, je lui crée une anesthésie de la main gauche, par le procédé que j'ai indiqué plus haut : l'affirmation verbale n'avait pu suffire à produire cette anesthésie. Cette anesthésie *en gant* était absolument complète. Le 16 mars, à la visite du matin, l'anesthésie avait complétement disparu ; je la reproduis très facilement. Le 17 mars la malade me dit que pendant la nuit elle a éprouvé des fourmillements et des douleurs dans le membre anesthésié. J'examine son anesthésie elle occupe tout le bras jusqu'à la clavicule.

Pendant quelques jours, j'entretiens cette anesthésie qui ne gêne pas la malade et qui ne s'accompagne du reste d'aucune douleur et d'aucun fourmillement.

Le 25 mars la malade a éprouvé au membre inférieur et dans le côté, des douleurs, « comme si des aiguilles l'avaient piquée sur de nombreux points à la fois ». J'examine la sensibilité de la jambe : elle était tout à fait normale les jours précédents, et se trouve actuellement notablement diminuée. J'ordonne des frictions et le lendemain cette hypoesthésie avait disparu.

Le 28 mars, à la suite de nouvelles explorations de la sensibilité générale et spéciale, l'anesthésie s'est reproduite au membre inférieur, et l'hémianesthésie est devenue complète. J'examine le champ visuel : normal une première fois — il se trouve considérablement rétréci quelques instants après, et la malade accuse un brouillard devant les yeux.

Le soir du même jour l'hémianesthésie était devenue sensitivo-sensorielle.

Le 30 mars, l'amblyopie et la surdité avaient disparu mais l'hémianesthésie était très marquée du côté gauche.

Le 3 avril, je surprends la malade pendant son sommeil, je la pique du côté anesthésique : elle se réveille. Je lui demande, si elle a senti quelque chose, elle m'affirme que je ne l'ai pas piquée.

Elle sort de l'hôpital le 5 avril, guérie de sa dyspnée, mais toujours hémianesthésique.

Je la revois dans les premiers jours du mois de mai. Je prie alors un externe, de passer derrière elle, et de la piquer du côté gauche, sans qu'elle s'aperçoive du mouvement. Pendant ce temps je cause avec la malade : l'externe la pique à plusieurs reprises elle ne bouge pas : il la pique du côté droit elle réagit vivement.

J'essaie alors de restaurer la sensibilité : et je ne puis y réussir.

Ce n'est qu'après huit séances que je puis arriver à un résultat et encore, la malade accuse-t-elle un certain degré d'hypoesthésie qui, du reste, ne tarda pas à disparaître.

Cette observation indique mieux que toutes les dissertations, les caractères de mobilité, puis de fixité que peuvent affecter les anesthésies suggérées. Elle met en relief cette particularité, à laquelle j'ai déjà fait allusion, à savoir : cette tendance des anesthésies ainsi créées, à devenir, en quelque sorte, définitives, sans qu'elles s'accompagnent du reste, du moindre inconvénient.

Je n'ai pas essayé, chez ces malades, de produire le transfert, ou la disparition des anesthésies, par l'emploi des métaux ou des aimants : M. Bernheim a montré d'une façon irréfutable, que ces phénomènes étaient dus à la suggestion et tous les faits que je pourrais rapporter n'ajouteraient ni une démonstration de plus, ni un argument nouveau, à la thèse de M. Bernheim.

Je n'ai retrouvé le symptôme *aphalgésie*, signalé par Pitres, que chez les sujets, où je l'avais créé : aucun de mes anesthésiques n'a ressenti de sensation douloureuse, lorsque, sans rien dire, je lui ai appliqué, sur la région insensible, du cuivre, du zinc, de l'or ou de l'argent. Par contre, si par *suggestion indirecte*, je lui laissais entendre que le contact de ces métaux produisait souvent des douleurs très vives, il réagissait vivement et accusait une certaine souffrance.

Au point de vue de l'examen objectif, toutes ces anesthésies présentent encore un ensemble de caractères qu'il

est indispensable de connaître si l'on veut savoir diagnostiquer à coup sûr l'anesthésie nerveuse.

OBSERVATION II

(Anesthésie expérimentale)

Lucie R..., âgée de 19 ans, entre dans le service de M. Bernheim au commencement d'août 1905. C'est une chlorotique en bonne voie de guérison. Elle a assisté dans la salle à quelques-unes de mes expériences de suggestion ; personnellement, elle n'a jamais été soumise à des recherches de cette nature. Je lui demande si elle veut bien que je lui anesthésie la moitié gauche du corps pour la journée du lendemain, et j'ajoute que cette expérience ne saurait lui nuire en aucune façon. Elle accepte ma proposition, et je lui formule une pilule de bleu de méthylène, en l'assurant que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle serait complète quand ses urines deviendraient vertes.

Le lendemain matin, la malade a remarqué la couleur annoncée de ses urines; en même temps, elle a ressenti des picotements dans la partie gauche du corps, et quelques minutes après, à son grand étonnement, l'œil gauche était devenu aveugle et l'oreille du même côté ne pouvait plus entendre.

Examen de la sensibilité générale

Toute la moitié gauche du corps est absolument insensible au tact et à la piqûre. Si j'étudie cette anesthésie, la malade étant couchée et pouvant suivre des yeux mon examen, je constate qu'elle s'arrête nettement sur la ligne

médiane. Si au contraire j'examine sa sensibilité en lui tenant les yeux fermés, je constate que l'anesthésie dépasse d'un travers de doigt la ligne médiane, comme si la malade craignait d'accuser trop tôt la sensation de piqûre. Pour le dos, on obtient des résultats plus précis, parce que, sans doute, la saillie des apophyses épineuses marque bien la séparation du côté gauche et du côté droit.

Voilà un premier fait qui nous frappe, c'est que la limite de l'anesthésie n'est pas la même, suivant que le sujet voit ou ne voit pas les recherches que l'on fait.

Une série d'autres expériences dont l'idée première revient pour la plupart à M. Bernheim, montre mieux encore les caractères particuliers de cette anesthésie.

On dit à la malade de joindre les mains et de croiser les doigts, et on la laisse quelques instants dans cette position. Puis on la pique, sans qu'elle puisse le voir, tantôt sur les doigts de la main gauche anesthésique, tantôt sur ceux de la main droite. J'ai répété l'expérience 20 fois : une seule fois la malade m'a accusé une piqûre portée sur la main gauche ; toutes les autres réponses, m'ont donné l'illusion, qu'elle ne sentait pas du tout, du côté gauche. Bien plus, au bout d'un certain temps, il se fait aussi une anesthésie de la main droite. La malade supprime un certain nombre de piqûres, comme si elle craignait d'être prise en défaut. A ce moment elle donne certainement l'impression d'une simulatrice; nous aurons l'occasion de voir dans un autre chapitre qu'il n'en est rien, que la malade ne simule pas ; elle ne veut tromper personne, elle est trompée elle-même par son imagination.

Demande. — Je la pique deux fois sur la main droite et une fois sur la main gauche.

Réponse. — Deux fois.

D. — Trois fois sur la main droite.

R. — Deux fois.

D. — Quatre fois à droite et trois fois à gauche.

R. — Quatre fois.

D. — Une fois à droite et trois fois à gauche.

R. — *Deux fois.*

D. — Trois fois à gauche.

R. — Zéro fois.

D. — Cinq fois à droite et une fois à gauche.

R. — Trois fois.

Cette épreuve est très intéressante et certainement pourra être d'un certain secours dans l'explication du mécanisme de cette anesthésie.

Du reste on peut réaliser cette expérience de bien des façons : si on fait croiser les bras au sujet en lui recommandant bien de les appuyer fortement l'un contre l'autre et qu'on pique alternativement le bras sensible et celui qui ne l'est pas, on aura des réponses identiques à celles que je viens de reproduire. Ce phénomène de suppression d'un certain nombre de sensations, se retrouve à l'examen de toutes les anesthésies suggérées : seulement, au bout d'un certain temps, il est absolument impossible de prendre le sujet en défaut : on pourrait appeler cette expérience : épreuve *des doigts croisés* ou *des bras croisés*.

EXAMEN DE LA TEMPÉRATURE

Avec un thermomètre périphérique, j'ai pris la température du corps de cette malade dans les régions atteintes d'anesthésie. J'ai pris cette température à plusieurs reprises : les différences légères que j'ai trouvées et qui n'étaient pas toujours en faveur du côté sensible, ne m'autorisent pas à conclure que l'anesthésie s'accompagne d'un abaissement de la température locale. Au reste, je puis le dire dès maintenant, pour n'avoir plus à y revenir, j'ai pris la température d'un grand nombre de régions anesthésiques, et sauf les cas où, cette anesthésie s'est accompagnée de *paralysie complète ou incomplète,* je n'ai pas noté de différences de température telles, qu'on puisse affirmer, qu'il y a un rapport entre l'anesthésie et la circulation périphérique d'une région. Je ne veux pas nier qu'il existe des troubles vaso-moteurs purement nerveux, mais je prétends que l'anesthésie suggérée ne détermine pas d'hypothermie dans les régions qu'elle atteint.

Briquet avait constaté que la température de la peau anesthésiée était abaissée d'un ou deux degrés centigrades : je n'ai jamais trouvé ce résultat, sauf chez le malade R.., dont je donnerai plus loin l'observation mais, qui en même temps qu'il avait de l'anesthésie du bras, présentait une parésie de ce membre assez marquée.

EXAMEN DE LA NOTION DE POSITION DES MEMBRES

M. Bernheim insiste souvent sur le phénomène suivant qui existe chez notre malade : « non seulement la main droite sensible ne trouve pas la main gauche anesthé-

sique ; mais elle *évite de la trouver* ; elle tourne autour d'elle, elle la fuit. C'est ce que j'appelle plaisamment dans mon service l'expérience d'Arton (que la police fila en Italie, de façon à ne pas le rencontrer). Je place la main gauche en face de la main droite, de façon que celle-ci ne puisse pas ne pas la toucher ; le sujet qui a les yeux fermés, ne la touche pas ; actionné par l'idée qu'il ne doit pas savoir où elle est, il se comporte avec une ingénuité naïve.

Si alors je dis devant les élèves, le sujet ayant toujours les yeux clos : « maintenant je magnétise la main gauche et alors vous verrez la main droite attirée par la main gauche qui est insensible ; je fais un simulacre d'aimantation. Le sujet manque rarement de tomber dans le piège. Soit d'emblée, soit avec un peu d'insistance, si le sujet hésite, la main droite va toucher la main gauche, montrant ainsi que le sujet sait et sent où elle est, que la notion de la position du membre est conservée, que le phénomène est purement psychique (1) ».

Bien plus si je soulève la main de ma malade au dessus du plan du lit et que je lui demande « où est votre main » elle me répond : « sur le lit » si au contraire, je la laisse sur le plan du lit et que je l'interroge à nouveau sur sa position, elle me répond : « en l'air ».

On peut répéter l'expérience cinq ou six fois de suite, chaque fois la malade signale sa main, *là où elle n'est pas*. C'est un fait pour ainsi dire constant, que j'ai vérifié sur cette malade, et que tous les étudiants qui suivent la cli-

---

(1) BERNHEIM. *Hypnotisme. Suggest. Psychothérapie.* Paris, 1903, p. 256.

nique de M. Bernheim connaissent bien. Il existe dans presque toutes les anesthésies suggérées. Le sujet sent rien qu'à la façon dont on l'interroge, qu'il ne doit pas savoir où est le membre anesthésique, et avec un naturel, qu'un simulateur ne saurait avoir, il indique toujours la situation qu'il n'occupe pas.

On peut varier l'expérience : au lieu de placer la main sur le lit, on la met sur le côté droit de la malade, qui est sensible ; presque toujours, et c'était le cas chez notre sujet, la malade se laisse prendre au piège et répond que la main est en l'air : seulement après un temps de réflexion, elle se reprend et reconnaît la situation de sa main quand on la place sur la poitrine, du côté où elle n'est pas anesthésique.

Une autre forme de l'anesthésie du sens musculaire, consiste en ce fait, décrit pour la première fois, par Duchenne, que les malades ne peuvent provoquer la contraction des muscles qu'à condition d'être éclairés par la vue : c'est ce qu'il a appelé *paralysie de la conscience musculaire* ou de *l'aptitude motrice indépendante de la vue*.

Cette paralysie n'existait pas, spontanément, chez notre malade, au début de notre examen. Mais ayant attiré son attention sur ce fait qu'elle ignorait, quand elle avait les yeux fermés, la position de ses membres, elle a réalisé d'elle-même, au bout de quelques jours, cette paralysie de la conscience musculaire. Elle était devenue incapable, les yeux fermés, de porter la main sur la tête ou de déplacer son bras. Par contre, dès que je lui ouvrais les yeux, la malade effectuait parfaitement tous ces mouvements.

EXAMEN DE L'ŒIL (1)

Si l'on présente un objet, devant l'œil amblyopique, on voit d'abord, et ce fait est remarquable, des mouvements du globe oculaire se faire, dans des sens différents, comme pour éviter à l'œil de se fixer sur l'objet mis devant lui. Le sujet *évite* de regarder ce qu'on lui montre. Puis si on insiste, la malade répond qu'elle a un brouillard devant les yeux et qu'elle ne distingue pas. Si c'est une épingle on peut la présenter presque sur la cornée sans provoquer le reflexe palpébral.

D'autres malades, au lieu d'un brouillard, accuse des sensations lumineuses et colorées, d'autres, et en particulier l'étudiant en médecine, auquel j'ai déjà fait allusion, prétendent qu'ils distinguent vaguement une forme, mais qu'ils sont dans l'impossibilité absolue de reconnaître l'objet.

Et cependant, si on examine l'œil amaurotique d'une certaine façon il est facile de se rendre compte que la cécité n'est pas réelle.

Je ne puis mieux faire que de rapporter ici les paroles mêmes de M. Bernheim dont j'ai pu vérifier, une fois de plus l'exactitude, sur la malade que j'observais.

« On place devant les yeux des malades une paire de lunettes dont l'un des verres est rouge et l'autre vert, et on leur fait lire sur un cadre noir six lettres recouvertes de carrés de verre alternativement rouges et verts. En

(1) Cette malade étant amaurotique par suggestion, je n'ai pu étudier son champ visuel du côté droit — mais j'ai remarqué qu'il était rétréci du côté gauche.

regardant les deux yeux ouverts, on lit les six lettres : en regardant avec un seul œil, l'autre étant fermé, on n'en voit que trois, celles recouvertes par le verre à même couleur que celle du verre de lunette correspondant à l'œil qui regarde : les lettres rouges si c'est l'œil à verre rouge qui regarde, les lettres vertes si c'est l'œil à verre vert. Ceci résulte de ce que le vert et le rouge mélangés font du noir : si avec un verre rouge on regarde du vert par transparence, on voit du noir (1) ».

Cela posé, lorsque je plaçais la paire de lunettes devant les yeux de la malade et que je lui faisais regarder les six lettres, elle *les lisait toutes*. Elle voyait donc de son œil gauche, puisque l'œil droit seul, couvert de verre rouge, ne pouvait voir que les lettres rouges.

Une autre expérience dite du *prisme* confirme cette donnée. On sait qu'un prisme placé devant un œil dévie l'image correspondante et produit ainsi de la diplopie. Si l'autre œil était fermé il n'y aurait pas de diplopie, l'objet serait vu simple et non double.

Or, si en même temps qu'un couteau, par exemple, je place le prisme devant l'œil droit de la malade, en laissant l'œil gauche ouvert, le sujet accuse deux images ; l'une, est fournie par l'œil droit, qui voit l'objet refracté et l'autre, par l'œil gauche qui l'aperçoit tel qu'il est. Donc elle voit de l'œil amblyopique : elle avait cru, ignorante des lois de la physique, que le prisme avait pour propriété de dédoubler l'objet.

Tels sont les caractères de l'amblyopie suggérée, comme nous les avons toujours constatés à la clinique.

(1 Bernheim. *De la suggestion*, p. 68.

Pour ce qui est des autres formes de l'amblyopie nous aurons l'occasion d'y revenir lorsque nous parlerons de l'interprétation qu'il faut donner à ces phénomènes.

EXAMEN DE LA SURDITÉ PSYCHIQUE

J'approche ma montre de l'oreille gauche de la malade; elle n'entend pas. Je l'applique sur le pavillon même de l'oreille, le tic-tac n'est pas perçu. Je ferme avec le doigt l'oreille droite et je crie de toutes mes forces devant l'oreille gauche : « vous jouez la comédie, vous entendez très bien ». Le malade ne sourcille pas ; le regard perdu dans le vague, elle garde un visage absolument inerte. Et cependant dans l'hypothèse même d'une surdité absolue la malade devrait entendre. J'ai répété l'expérience sur une malade complètement sourde d'une oreille à la suite d'une lésion organique. Je bouchais avec le doigt l'oreille saine et je n'avais pas besoin de crier bien fort pour me faire entendre. Je puis donc affirmer que la surdité suggérée est de même nature que l'amblyopie expérimentale.

M. Bernheim cite le fait suivant (1) : « Je dis à un somnambule endormi : « A votre réveil, vous ne me verrez pas, vous ne m'entendrez pas, vous serez sourd et aveugle ». Je le réveille, je lui parle, je corne à ses oreilles ; il ne sourcille pas ; sa figure reste inerte.

Si alors je lui dis avec force soit une fois, soit plusieurs fois : « Vous entendez de nouveau », sa figure exprime un profond étonnement, il m'entend et me répond. J'ai beau

(1) Bernheim. *De la suggestion*, p. 71.

lui dire : « Vous avez dû entendre tout le temps, puisque votre surdité prétendue s'est dissipée quand j'ai affirmé que vous m'entendiez de nouveau ». Il est convaincu qu'il n'a rien entendu et ne sait comment l'ouïe est revenue. Je répète l'expérience sur lui, chaque fois avec le même résultat. Un simulateur vrai ne se laisse pas déjouer avec tant d'ingénuité ».

EXAMEN DE LA SENSIBILITÉ GUSTATIVE

Au cours d'une nouvelle séance d'expérimentation, je dis à la malade : « C'est bien à gauche, n'est-ce pas que vous ne sentez pas ? » et je lui place sur la moitié gauche de la langue tantôt du sel, tantôt du sucre. La malade rentre la langue, ferme la bouche, et si je lui demande ce que je lui ai mis sur la langue elle répond qu'elle ne sait pas. Pourtant il est impossible de mettre du sel sur une partie quelconque de la langue sans que la solution saline baigne la langue tout entière. Dans ce cas encore, le sujet s'est conduit comme un simulateur maladroit.

EXAMEN DE LA SENSIBILITÉ OLFACTIVE

Je mets devant la narine gauche de la malade des flacons contenant des parfums ou des substances volatiles telles que l'ammoniaque ou le vinaigre. Elle n'accuse aucune sensation et se dit être dans l'impossibilité de reconnaître le liquide que je lui présente.

Je prends alors une baguette de papier que j'imprègne de vinaigre à son extrémité. J'introduis cette baguette dans la narine gauche et je la pousse jusqu'au pharynx ;

la malade ne bronche pas, et bien qu'alors elle soit capable de sentir par l'orifice postérieur du côté droit du nez, elle affirme toujours quelle ne peut pas reconnaître la substance que j'ai mise sur mon papier.

J'ai vu répéter, par M. Bernheim, et j'ai refait moi-même un très grand nombre de fois toutes les expériences que je viens de relater. *Toujours*, j'ai trouvé les mêmes résultats. C'est à dessein que j'ai choisi pour sujet d'expérimentation une malade nouvellement entrée dans le service, et vierge de toute exploration clinique antérieure : elle a, du premier coup, réalisé l'hémianesthésie sous la forme ordinaire, c'est-à-dire, telle que nous la montre les sujets du service, qui ont l'habitude d'être examinés. J'ai pu, sur mon sujet, supprimer très vite son hémianesthésie.

En résumé, tous les caractères que nous venons de passer en revue, sont constants dans les anesthésies expérimentales : ces anesthésies sont mobiles, fugaces, sans limite précise, variables, capables de se compléter d'elles-mêmes, et même de prendre une fixité quelquefois assez rebelle. D'autre part, l'examen clinique démontre qu'elles n'existent que dans l'imagination du sujet, qui se conduit inconsciemment, comme un simulateur maladroit.

Nous allons voir maintenant sous quel aspect se présente l'anesthésie en apparence spontanée.

Mais auparavant, je tiens à attirer l'attention sur un phénomène signalé par Heyne (1), par Ziemmsen (2).

---

(1) HEYNE. Ueber einen Fall. von allgemeiner cutaner und sens Anesthésie. *Dents. archir. fur klin. medic.* 1890. T. XLVII, p. 75,

(2) ZIEMMSEN. *Ibid.*, p. 89.

On a prétendu que si un sujet devenait complètement anesthésique, l'anesthésie ne respectant qu'un œil et qu'une oreille par exemple, et que si alors on venait à fermer cet œil et à boucher cette oreille, le malade s'endormait.

J'ai répété l'expérience sur plusieurs sujets; j'ai créé une anesthésie complète qui ne respectait qu'un œil et qu'une oreille; puis, tout en continuant à causer au malade, j'ai fermé l'œil qui voyait bien et l'oreille qui entendait encore: le malade ne s'est pas endormi. J'ai alors fermé l'autre œil, l'œil amaurotique; et le sujet s'est endormi, parce qu'il a obéi à l'invite au sommeil produite par l'occlusion des paupières : mon geste lui a suggéré le sommeil, ou mieux encore, l'illusion du sommeil. En tout cas, cette expérience prouve que l'absence de lumière seule, jointe à celle d'impression acoustique, n'a pas suffi pour produire le sommeil — il ne suffit pas d'avoir une anesthésie générale pour dormir, d'autant plus que cette anesthésie n'existe pas en réalité, mais n'est qu'une illusion du sujet (1).

(1) Bien plus on peut suggérer à un sujet une anesthésie totale sensitivo-sensorielle, et le rendre muet par surcroît, il ne s'endormira pas, si en même temps on ne lui suggère pas le sommeil.

II

Formes cliniques de l'anesthésie nerveuse en apparence spontanée

Les auteurs se sont donnés beaucoup de mal pour décrire l'anesthésie hystérique. Ils se sont particulièrement attachés à déterminer la topographie de cette variété d'anesthésie, et les ouvrages classiques fourmillent de dessins qui indiquent des localisations bizarres et multiples. Dans leurs livres, ils consacrent des pages entières à la description de ces anesthésies en îlots, et se demandent s'il n'y aurait pas quelque rapport topographique entre les zones d'anesthésie et les points spasmogènes, hystérogènes, etc.

On étudie chez chaque sujet le nombre des zones hypnogènes, simples, hypnofrenatrices complètes ou incomplètes, et on reproduit sur un schema la localisation exacte de ces zones. — On constate des anesthésiques hystériques qui s'adressent aux sensations de chaleur, aux excitations électriques, à certains excitants chimiques. Bref, on met un soin extrême et une minutie extraordinaire à étudier toutes les formes possibles de l'anesthésie.

Pour ce qui est des organes des sens, on trouve des énumérations très complètes des substances, des couleurs, des sons, que les malades, atteints d'anesthésie sensorielle, sont capables, de sentir, de voir ou d'entendre.

On ne s'est pas rendu suffisamment compte qu'on était en présence de malades qui s'auto-suggestionnaient avec une singulière facilité, et que la forme de l'anesthésie variait suivant les jours et suivant la manière dont ils étaient examinés. De telle sorte que les descriptions telles qu'elles sont données, ne sont pas exactes : elles sont vraies pour un sujet déterminé, examiné dans des conditions spéciales : elles ne peuvent s'appliquer à toute l'anesthésie nerveuse. Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il existe une anesthésie nerveuse, qui se présente avec les caractères que j'ai énumérés à la fin du paragraphe précédent, et que cette anesthésie est déterminée dans sa forme par les suggestions extérieures ou les auto-suggestions qui viennent agir sur l'imagination du sujet.

Fréquence de l'anesthésie chez les hystériques

En particulier, nous n'avons pas trouvé à Nancy cette fréquence de l'anesthésie dans l'hystérie, qui a été signalée depuis Gendrin, par les différents auteurs qui se sont occupés de l'hystérie. Pour eux, ce symptôme serait constant et nécessaire.

Briquet la rencontre dans 85 p. 100 des cas. Sur 235 observations d'anesthésie hystérique, il trouva quatre cas d'anesthésie générale, 93 cas d'anesthésie hémilatérale et 198 cas d'anesthésie en îlots.

Pitres, qui relate ces chiffres, analysant 30 observations personnelles, trouve l'anesthésie dans la plupart des cas, soit 95 p. 100 ; elle est très limitée dans 5 p. 100 des cas, mais dans 90 p. 100 des cas, elle est étendue et pro-

fonde. L'anesthésie était générale dans 20 p. 100 de la totalité des cas d'hystérie, hémilatérale dans 45 p. 100, disposée en îlots dans 25 p. 100.

En résumé, d'après Briquet, l'hémianesthésie existerait chez un peu moins du quart des hystériques et, d'après Pitres dans un peu moins de la moitié.

D'autre part, en réunissant plusieurs statistiques, on trouve 107 hémianesthésies gauches contre 35 hémianesthésies droites.

C'est en 1884, que Charcot décrivit cette forme d'anesthésie, disposée en segments réguliers, que délimitent des lignes circulaires, déterminant un plan perpendiculaire au grand axe du membre, ce qui lui mérite les noms *d'anesthésie en gant, en manchette, en manche de veste, en botte, etc.*

J'aurai l'occasion, dans le chapitre suivant, de revenir sur cette forme d'anesthésie.

M. Bernheim avait déjà reconnu « que l'anesthésie en général, est beaucoup moins fréquente dans l'hystérie qu'on ne le dit, elle n'existe certainement que dans une petite minorité des cas; l'hémianesthésie, bien que la plus fréquente des variétés, est encore exceptionnelle.

Je ne la rencontre que rarement, et, en comparant ce que je constate avec ce que constatent les autres observateurs, je ne puis m'empêcher de penser que cette anesthésie est souvent créée de toutes pièces par suggestion médicale (1) ».

J'ai examiné moi-même 23 hystériques, c'est-à-dire 23 malades ayant présenté des crises d'hystérie.

---

(1) Bernheim. *Hypnotisme-suggestion. Loc. cit.*, p. 253.

Sur ces 23, 7 avaient déjà été examinés par des médecins et 6 d'entre eux présentaient de l'anesthésie. Chez l'un, elle était très légère et générale, chez deux, elle était hémilatérale gauche, chez le quatrième elle était hémilatérale droite : chez le cinquième, elle était localisée au membre supérieur, chez le dernier, qui avait été examiné quelques jours auparavant, j'ai constaté une hémianesthésie sensitivo-sensorielle qui, du reste, ne dura pas.

Sur 16 malades restants, j'en ai trouvé 9 qui ne présentaient à un premier examen aucune espèce d'anesthésie.

J'ai examiné ces malades de la façon suivante : tantôt je m'approchais d'eux muni d'une épingle et tandis que je les interrogeais, je les piquais assez fortement dans différentes régions, à droite ou à gauche ; et je me rendais compte s'ils réagissaient : tantôt je leur fermais les yeux et je les piquais.

De cette façon j'en ai trouvé, comme je l'ai dit, 9 qui ont réagi à toutes mes piqûres et 7 qui ont paru avoir une sensibilité diminuée, c'est-à-dire, qu'ils ne réagissaient pas ou qu'ils réagissaient moins, à certaines piqûres, et encore la réaction du sujet était-elle variable suivant les moments d'un même examen. En tout cas, ce que je puis affirmer c'est que cette anesthésie relative ne m'a pas semblé avoir des limites ou une topographie très précise. La seule conclusion que je puis tirer de cet examen c'est que 7 de mes sujets sur 16, c'est-à-dire 44 0/0 ont une sensibilité, en quelque sorte, émoussée.

A ce premier examen je n'ai *jamais* trouvé d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète : par contre 4

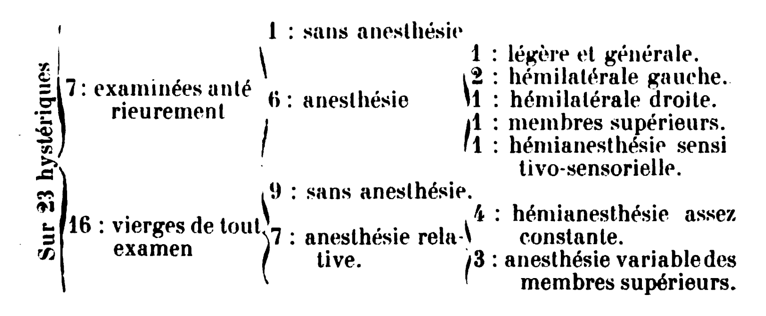
sur 7 m'ont paru moins sentir dans une moitié du corps : 3 du côté gauche et 1 du côté droit. Les 3 autres sujets présentaient des anesthésies variables et incomplètes des deux membres supérieurs.

Cette méthode d'examen est, je dois le dire, très difficile pour éviter toutes les causes d'erreur.

Pour peu que l'examen se prolonge, on voit l'anesthésie s'étendre ou se restreindre, aller d'une région à l'autre, et le temps est en somme assez limité où l'on peut, si je puis dire, surprendre l'anesthésie telle qu'elle est. Rien n'est plus frappant que de voir, pour un même sujet, combien la topographie de l'anesthésie, notée plusieurs fois au cours du même examen, se trouve différente dans ces moments successifs.

Ce qui m'a paru plus constant, moins variable, ce sont les anesthésies, dès le principe, hémilatérales : celles-ci, tout en ayant par rapport à la ligne médiane, les variations que j'ai déjà signalées, ont persisté à peu près identiques, comme étendue et comme intensité depuis le commencement de l'exploration jusqu'à la fin.

En résumé on peut dresser le tableau suivant :



Sur 23 hystériques	7 : examinées antérieurement	1 : sans anesthésie	
		6 : anesthésie	1 : légère et générale.
			2 : hémilatérale gauche.
			1 : hémilatérale droite.
			1 : membres supérieurs.
			1 : hémianesthésie sensitivo-sensorielle.
	16 : vierges de tout examen	9 : sans anesthésie.	
		7 : anesthésie relative.	4 : hémianesthésie assez constante.
			3 : anesthésie variable des membres supérieurs.

Ainsi sur **23** hystériques authentiques, j'en ai trouvé

16 qui n'ont jamais été examinés et **7** qui ont été vus antérieurement par des médecins.

Sur **16**, vierges de tout examen, **7** seulement présentaient de l'anesthésie, soit environ **44 pour cent.**

Sur **7** déjà examinés, **6** présentaient de l'anesthésie, soit **86** pour cent.

Mais dans les jours suivants, tous les malades ayant été examinés à la clinique, par le personnel du service, et par moi-même, sans prendre aucune précaution contre la suggestion, au moins par geste, en me gardant seulement de faire de la suggestion orale, **13** malades sur les **16** que j'avais examinés étaient devenus plus ou moins anesthésiques.

Trois seulement avaient gardé toute leur sensibilité. Ce fait met en évidence l'influence suggestive du médecin dans la genèse de l'anesthésie, puisqu'au début je ne trouvais que **44 pour cent** de malades présentant de l'anesthésie et qu'après une série d'explorations, faites par des personnes différentes, je trouve **81 pour cent** d'anesthésies, en outre plus complètes, ce qui fait que la suggestion médicale est responsable de **37 pour cent** d'anesthésies.

On voit par tous ces chiffres que l'anesthésie des vrais hystériques n'est pas aussi constante qu'on le pense généralement. Il n'y a pas plus de 44 p. 100 d'anesthésiques lorsqu'on examine les malades pour la première fois. Quant à la forme de cette anesthésie, elle dépend surtout de la façon dont les recherches seront faites, les jours suivants, par celui qui interroge le malade.

Aussi je m'étonne de voir M. Pitres écrire, à propos de l'anesthésie, chez les hystériques : « Les cas où l'anesthésie

fait complètement défaut, sont j'en conviens, exceptionnels mais on en rencontre quelques-uns, et, pour ma part, je crois en avoir observé deux, sur une quarantaine d'observations d'hystérie, dans lesquelles la sensibilité a été spécialement examinée, ce qui fait une proportion de 5 p. 100 environ.

Le premier est relatif à une dame de quarante-et-un ans qui, à l'occasion de fortes commotions morales, a eu dans sa vie trois grandes tempêtes hystériques. En 1875, elle fut victime d'une tentative d'empoisonnement. A la suite des émotions, résultant de la découverte et du jugement du coupable, elle eût tous les jours, pendant dix-huit mois consécutifs, une ou plusieurs attaques hystéro-épileptiques, suivies de scènes déchirantes pendant lesquelles elle imitait le chant du coq, le gloussement de la poule, le roucoulement de la tourterelle... etc. En 1882 son mari mourut. Les attaques de nerfs reparurent avec les mêmes caractères et persistèrent encore pendant dix-huit mois. Enfin, il y a six mois, après une discussion d'intérêts, très violente, avec une de ses voisines, Mme X. fut prise d'accidents convulsifs (1) ».

J'ai rapporté cette observation parce qu'elle concerne une femme, manifestement hystérique, qui n'a jamais été anesthésique. On verra plus loin que ces cas ne sont pas « exceptionnels » et je montrerai comment il peut se faire, que le médecin non prévenu, crée lui-même une anesthésie chez une personne qui n'en avait pas.

Si à ma statistique, j'avais comme M. Pitres, ajouté tous ces cas qui n'appartiennent pas à l'hystérie convul-

(1) Pitres, *loc. cit.*, p. 125.

sive, qu'on décrit sous le nom d'hystérie mono-symptomatique, et qui se caractérisent par de l'aphonie, de la dyspnée, de la paraplégie, de l'anurie, de la toux... etc., nerveuses, je serais arrivé à une proportion encore beaucoup plus faible de sujets anesthésiques.

J'ai remarqué en effet que l'anesthésie n'est pas très fréquente dans ces cas, qu'elle peut se développer souvent avec une extrême facilité, mais que d'autrefois il est impossible de la provoquer.

Ainsi j'ai vu, dans le courant de l'année, trois aphonies nerveuses, une dyspnée, une anurie de cette nature, et aucun de ces sujets ne présentait d'anesthésie lors du premier examen.

La malade, atteinte d'anurie, présentait ceci de particulier, que sensible partout, il suffisait de lui comprimer un peu fortement la région hypogastrique, pour la voir aussitôt devenir incapable de causer et absolument insensible. Cet état de mutisme, d'anesthésie, d'absence en quelque sorte, durait aussi longtemps que l'on continuait la compression, et se dissipait aussitôt qu'on avait cessé : la malade retrouvait alors la parole et la sensibilité.

Une autre malade, poussait à certains moments des cris inarticulés simulant le chant du coq ; en même temps elle se mettait à courir à travers la salle : pendant cette crise qui durait quelques minutes, elle était absolument insensible. La crise terminée, la sensibilité redevenait entière.

Je pourrais multiplier ces observations : elles ne prouveraient pas davantage ce que j'avance : presque toutes, elles se présentent avec les mêmes symptômes : insensibilité pendant la crise : sensibilité recouvrée lorsque la crise est terminée.

Que si maintenant on veut bien se rappeler que j'ai pu créer cette anesthésie chez 60 sujets sur 95, que j'ai examinés, on gardera cette impression que l'anesthésie dite hystérique n'est pas fonction d'hystérie mais fonction de suggestibilité.

Mais, dira-t-on, vous avez expérimenté dans une atmosphère spéciale ; les malades du service de M. Bernheim savent qu'il fait de l'hypnotisme ; ils ont foi en sa puissance suggestive ; leur suggestibilité normale est artificiellement exaltée par cette foi ; et c'est ainsi que vous pouvez créer dans cette atmosphère spéciale 60 sujets anesthésiques sur 95, chiffre que vous n'obtiendriez pas dans un autre service, dont l'atmosphère est moins suggestive.

A cette objection je répondrai que j'ai souvent reproduit ces expériences en dehors de l'hôpital, quelquefois chez des sujets absolument ignorants de la suggestion et que je n'ai pas trouvé plus de cas rebelles qu'à l'hôpital. J'ajouterai seulement qu'il faut savoir parler au sujet, et que je ne procède pas de la même façon avec un ouvrier des champs, ou une personne plus instruite.

Le ton de la voix a également une certaine importance : il faut la faire douce, insinuante pour quelques-uns, impérative pour les autres.

J'opposerai encore à l'objection, qui me serait ainsi faite, l'argument suivant : les auteurs trouvent que la plupart des hystériques sont anesthésiques et que 5 p. 100 seulement ne le sont pas, ils trouvent le rétrécissement du champ visuel, et l'hémianesthésie complète alors que nous ne les rencontrons, pour ainsi dire, jamais ; qu'est-ce à dire, sinon que la suggestibilité des hysté-

riques de leurs services est au moins aussi grande que chez nous.

Ajoutons à cela que nos hystériques deviennent souvent anesthésiques (37 p. 100, avons-nous dit) lorsque nous recherchons leur sensibilité et que nous leur donnons ainsi l'idée que cette sensibilité est diminuée ou disparaît. Dans ces cas, comme on en verra plus loin des exemples frappants, l'auto-suggestion du sujet complète la suggestion consciente ou inconsciente, que nous avons pu faire, rien que par notre exploration.

Il est vrai d'ailleurs, que tous les hystériques, comme tous les nerveux en général, ne sont pas aussi sensibles à l'idée de l'anesthésie et ne la réalisent pas aussi facilement : il est quelquefois nécessaire pour la produire de recourir à une suggestion plus énergique et plus affirmative.

D'une façon générale, exception faite pour cette année où j'ai fait mes recherches, on ne fait plus guère de suggestion expérimentale dans le service de M. Bernheim : la thérapeutique de l'hystérie ou des autres manifestations nerveuses psychiques n'est pas une suggestion, mais une *désuggestion :* on apprend aux malades à inhiber leurs crises, à sentir où ils ne sentaient pas, à décontracturer leurs muscles, ou à les contracter quand ils sont paralysés.

On trouve moins d'anesthésiques qu'ailleurs parce qu'on se met en garde contre la création involontaire de l'anesthésie : on évite de la suggérer à l'insu du malade, on fait bien attention de ne pas exagérer les phénomènes d'hypoesthésie qui peuvent exister chez eux comme chez tous les nerveux.

En un mot, on désuggestionne plutôt qu'on ne suggestionne.

Après avoir montré que l'anesthésie nerveuse n'a pas, chez les hystériques, la fréquence qu'on lui attribuait, je vais rapporter maintenant deux observations très détaillées qui mettront en relief les caractères cliniques de cette anesthésie.

Caractères cliniques de l'anesthésie nerveuse.

OBSERVATION III

(Inédite. Service de M. Bernheim, 1905).

Adolphe D..., conducteur mécanicien, entre dans le service de M. Bernheim le 25 février 1905.

Le malade est âgé de 46 ans : il dit avoir toujours été un peu nerveux, mais il n'a fait aucune maladie.

Ce n'est pas un alcoolique.

Maladie actuelle. — Le 30 décembre 1904 le malade se trouvait sur une locomotive desservant une exploitation de minerai, quand un charbon enflammé tombant dans une marmite, au fond de laquelle restait un peu de dynamite, produisit une forte explosion.

D... fut projeté violemment contre une cloison de la machine et c'est la partie *gauche* de la tête qui a reçu le choc. Il a perdu connaissance aussitôt ; au bout d'une demi-heure, tandis qu'on le transportait en voiture à l'hospice de Toul, il a ouvert les yeux mais il est encore resté obnubilé pendant quatre heures. Ce n'est que le lendemain qu'il a

repris connaissance complètement. Depuis, il s'est toujours plaint d'une céphalée très vive : il entend des sifflements dans les oreilles et voit des points lumineux devant les yeux.

Etat actuel. — C'est un malade d'excellente constitution. Au moral, il était plutôt gai avant l'accident ; maintenant il est inquiet et obsédé par sa maladie. Son intelligence est très nette, il n'a pas de troubles de la parole. Son sommeil est souvent interrompu par des cauchemars.

Il accuse une douleur au niveau de la région fronto-pariétale droite. Cette douleur commence derrière l'oreille et remonte jusqu'au front.

D... prétend que s'il appuie la tête sur un oreiller, par exemple, il ne ressent rien : mais s'il ne l'appuie pas, il sent comme un choc dans la région temporo-pariétale, et voit un cercle lumineux, un soleil, dit-il, qui passe près de l'œil droit et qui le gêne pour lire.

Motilité. — Le malade peut marcher sans se tenir, mais alors il va lentement et tient la tête un peu raide. Sa jambe droite traîne légèrement. Il ne peut tourner qu'avec difficulté. Il se plaint d'avoir comme un brouillard devant les yeux qui le gêne pour marcher. Au bout de deux minutes, il est fatigué et obligé de s'asseoir.

Le réflexe patellaire est exagéré du côté droit, et du même côté il y a quelques trépidations ; on ne constate pas cependant le signe de Babinsky.

Il lève bien les deux jambes au-dessus du plan du lit, mais il éprouve plus de difficulté à soulever la jambe droite.

Ses mains tremblent mais surtout la main droite : au dynamomètre on note 28 à droite et 60 à gauche.

Sensibilité. – Ne sent pas quand on le touche au pied,

à la jambe, à la cuisse, à l'abdomen du côté droit. Le thorax est sensible.

La piqûre est sentie comme un chatouillement du côté droit, et il semble qu'il y ait de l'hypéresthésie de l'autre côté.

En allant sur l'abdomen de la droite vers la gauche, il sent à quelques centimètres de la ligne médiane.

Œil. — Reconnaît une clef avec difficulté, à cause, dit-il, de la présence de points lumineux qui l'empêchent de bien voir.

Ouïe. — La montre appliquée sur l'oreille n'est pas entendue.

1er mars. — Le malade dit avoir eu toute la nuit des régurgitations aqueuses et alimentaires.

La trépidation réflexe du pied droit a disparu : il n'y a plus de différence entre les deux côtés. Le malade *a peur* de marcher : il craint de tomber. Il se tient debout avec hésitation. Il a un tremblement de la main droite.

4 mars. — Le malade marche mieux, sans se tenir, mais il se plaint toujours du côté droit de la tête. Au dynamomètre, on note 20 à droite et 60 à gauche. La sensation tactile n'existe toujours pas dans les régions déjà examinées et la piqûre n'est sentie que comme un chatouillement.

6 mars. — D... accuse toujours des douleurs dans la région temporo-pariétale droite avec sensation, *de soleil tournant*, devant l'œil droit. Il paraît démoralisé et se plaint de rêves et de cauchemars. Parfois il se trouve bien pendant une demi-journée, mais alors des douleurs et des vertiges surviennent. Ce matin, il marche bien sans traîner la jambe, mais il se tient toutefois un peu raide. On lui fait de la suggestion.

7 mars. — Hier n'a pas eu de vertige. Sa douleur dans la tête a été moindre. On arrive en créant des limites artificielles, au crayon bleu, à créer la sensibilité en des points où elle n'existait pas.

8 mars. — Hier dans la journée, a eu de la céphalée ; cependant il marche bien en tenant toujours le tronc un peu raide.

On introduit dans la narine droite du malade une baguette de papier imprégnée de vinaigre. D... prétend ne rien sentir alors même que le papier a été introduit jusque dans le pharynx.

On lui place sur la partie droite de la langue, alternativement du sel et du sucre ; il affirme qu'il ne peut reconnaître la substance, alors même que le sel a été en contact manifeste avec toute la langue.

On lui place un morceau de sucre sur le côté gauche, il sent immédiatement.

Il n'entend pas le tic-tac de la montre appliquée sur l'oreille droite. Si alors on bouche l'oreille gauche sans attirer son attention sur cette manœuvre, et qu'on lui demande alors, sans élever la voix, s'il entend il répond que non.

Le malade a parfois des tremblements des deux côtés mais plus marqués du côté droit. Quand il est sous l'influence de la suggestion, les bras ont une tendance à se raidir, et les quatre membres se mettent à trembler.

9 mars. — On surprend le malade à l'improviste et on le pique du côté droit : il n'accuse pas la moindre réaction ; à gauche il sent vivement.

La veille vers quatre heures il a eu des douleurs dans la région fronto-pariétale et dans tout le côté droit, sauf à la jambe. Cette douleur existe encore, accompagnée de tremblements. Le malade dit *qu'il ne sait pas ce qui se passe*

dans sa personne, et qu'il ne peut réagir. Quand il essaie de marcher seul, il est obligé de s'arrêter malgré tous ses efforts.

Si on fait passer le courant de la bobine du côté droit — il accuse seulement un léger fourmillement lorsqu'on donne le maximum d'intensité. Bientôt même il dit ne plus rien sentir, bien qu'il se produise une contraction musculaire très violente.

Si, brusquement on place les électrodes dans la région droite du cou, il y a une contraction des muscles et une rotation de la tête : D... réfléchit un instant, et dit qu'il ne sent rien.

Il a de temps en temps des accès de tremblements qui durent cinq minutes et qui se terminent par un gros soupir.

Il a toujours à certains moments devant l'œil droit, la sensation d'un soleil tournant.

10 mars. — Il a toujours l'air triste, déprimé. Il indique une douleur au niveau de l'angle fronto-pariétal droit, qui s'irradie dans tout le côté. A 9 heures du soir, la veille, il a eu un accès de tremblement qui a duré un quart d'heure. Pas d'exagération des réflexes patellaires.

Si alors on lui fait croiser les doigts, et qu'on lui ferme les yeux, il accuse toujours un nombre de piqûres inférieur même, à celui des piqûres, faites sur la main gauche : son esprit efface plutôt les sensations de la main saine que de se tromper en signalant des piqûres de la main droite.

11 mars. — On recherche la sensibilité en allant de *droite* à *gauche* à chaque piqûre le malade répond avec ingénuité « pas ici » jusqu'à ce que, il dise « je sens » quand on a bien dépassé la ligne médiane.

Son oreille droite est toujours insensible.

Le champ visuel du côté droit est notablement rétréci.

Si cependant, on lui met devant l'œil droit, des verres de montre *ordinaires*, en les superposant en un nombre de plus en plus grand, il est possible d'agrandir son champ visuel : si on enlève les verres, le malade accuse le même champ visuel que la première fois : l'épreuve renouvelée avec les verres — il voit de nouveau un champ plus étendu.

13 mars. — Le malade dit aller mieux. Il dit qu'il a mieux dormi mais qu'il a rêvé, poursuivi par l'idée de savoir combien il y a de centimètres dans 800 kilomètres.

Le malade reconnaît un doigt placé devant l'œil : il peut lire.

Il n'entend toujours pas, même quand on lui crie dans l'oreille. Je lui place dans les deux oreilles les deux écouteurs d'un phonendoscope placé sur une montre, je lui demande s'il entend — il répond oui. Je pince avec les doigts, et sans qu'il s'en aperçoive, le tuyau qui va à l'oreille gauche — il continue cependant à entendre, mais quelques instants après, quand il s'est rendu compte, il dit ne plus entendre.

14 mars. — Malade se trouve plus calme, ce qu'il attribue à la potion qu'on lui a donnée. Il est moins déprimé. Il marche mieux, il dit qu'il a les jambes plus solides. La douleur de tête est moins forte. Il accuse toujours cette sensation de soleil devant l'œil droit : il l'éprouve généralement de 3 heures à 5 heures du soir.

On le pique à l'improviste du côté droit, il ne sent pas.

On lui met une épingle à 15 centimètres de l'œil droit, il ne la voit pas, et remue toute la tête comme pour vouloir mieux fixer l'épingle ; en réalité pour éviter de la voir.

On met le prisme devant l'œil gauche ; on laisse l'épingle à la même distance et le malade voit nettement deux épingles, dont l'une, dit-il, est irisée : il a donc vu avec les deux yeux.

On recommence l'expérience en mettant le prisme sur l'œil droit. Il réfléchit un instant et dit qu'il ne peut pas apercevoir l'épingle, bien que l'autre œil soit bien ouvert. En insistant, il dit : « je vois l'épingle du côté gauche, mais pas du droit ».

Examiné avec l'appareil de Snellen, il voit toutes les lettres.

On lui crie dans l'oreille droite en bouchant l'oreille gauche : il ne bouge pas. On débouche l'autre oreille, il entend parfaitement.

On le pique à droite il reste impassible : dès qu'on le pique à gauche il se retourne, l'air très étonné.

15 mars. — Hier, j'ai pratiqué une ponction lombaire. Le liquide examiné ne donne aucune indication.

Le matin, le malade accuse toujours les mêmes douleurs, il est cependant plus déprimé.

Au dynamomètre on note 21 à droite et 58 à gauche.

Le malade nous dit avec tristesse : « Je ne sais pas ce que je suis dans moi, je n'y comprends rien ! »

L'anesthésie qui au début, respectait le thorax est maintenant complète du côté droit. On peut le piquer, il continue la conversation comme si on ne le touchait pas.

17 mars. — Etat de passivité extrême et d'aboulie. D..., dit que la mémoire lui fait défaut et il cherche à faire des calculs pour essayer de la réveiller.

Hier, il a eu un vertige et il est tombé.

On lui montre une épingle devant l'œil droit aussi près que possible : il ne la voit pas.

L'anesthésie s'étend *plus loin du côté gauche.*

On fait passer sur le thorax le courant le plus fort, le muscle pectoral se contracte au maximum et le malade ne sent pas.

21 mars. — On recommence l'épreuve du prisme. On

place le prisme devant l'œil gauche -- il dit voir deux épingles. On lui ferme l'œil droit, il ne voit plus qu'une épingle.

Comme ce malade est intelligent et instruit, je lui explique que du moment qu'il voit deux images, c'est qu'il voit avec l'œil droit.

Je lui démontre de même qu'il entend bien ; je lui demande de boucher lui-même les deux oreilles d'un assistant et de causer et on lui fait remarquer que dans ces conditions, on entend quand même.

On refait la même expérience sur lui : « Je n'entends qu'un bredouillement, dit-il ».

23 mars. — Aujourd'hui à travers le prisme placé devant l'œil gauche, on lui montre une allumette : « je ne vois, dit-il, qu'*un* morceau de bois rouge avec une tête noire.»

L'hémianesthésie s'étend maintenant jusqu'à la ligne mamillaire gauche.

On endort le malade qui présente un tremblement généralisé des quatre membres qui prédomine dans le bras droit et s'irradie au tronc et à la tête. Après une exacerbation qui dure une minute, il se calme, puis reste analogue à un tremblement *Parkinsonnien*. Le rythme de ce tremblement est de quatre oscillations par seconde. Au bout de trois minutes, il n'existe plus que dans le bras droit. Après cinq minutes, tout rentre dans l'ordre.

Il se réveille lentement et dit aller mieux.

29 mars. — Malade affirme avec énergie son intention de vouloir guérir : il se raisonne, il lit, il essaie de détacher sa pensée de l'idée qui l'obsède, mais en vain. Il s'emporte et se met en colère devant cette impuissance de sa volonté à dissiper les idées qui l'obsèdent. Il parle même de suicide.

7 avril. — L'état est resté le même. Il y a de la raideur dans tout le côté droit. L'hémianesthésie est complète et

s'étend sur la poitrine jusqu'à la ligne mamillaire gauche. A l'expérience du prisme, le malade ne voit plus qu'un objet.

Il est sorti de l'hôpital sans être notablement amélioré.

Je dois ajouter qu'au moment de sa sortie, sa situation, au point de vue de l'assurance, n'était pas encore réglée.

Rien n'est plus instructif que l'observation de ce malade, prise au jour le jour.

On assiste au perfectionnement de son anesthésie, d'abord hémilatérale incomplète, elle se transforme en une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. L'expérience du prisme et du phonendoscope, l'épreuve des doigts croisés donnent l'illusion que le malade simule : on reconnaît là, les caractères de l'anesthésie suggérée. — Plus tard, quand, ce malade intelligent s'est rendu compte qu'il ne devait voir qu'une image : il n'en voit plus qu'une ; la simulation devient ainsi de plus en plus évidente ! Mais non, *il ne simule certainement pas*. Il est trop intelligent pour donner les signes d'ingénuité que nous avons constatés chez lui, et surtout, je ne crois pas que le simulateur le plus habile, puisse rester aussi impassible lorsqu'on lui fait passer, à travers le corps, des courants électriques aussi forts que ceux que nous employions. De plus sa démarche n'a jamais varié.

De quoi s'agit-il donc ? comment interpréter l'ensemble de ces symptômes ?

Ce malade a été projeté avec violence sur une cloison et c'est le *côté gauche* de la tête qui a porté. Il y a eu dans cette partie gauche du cerveau, une commotion assez forte, qui a produit un certain degré de parésie du côté

opposé. Ce malade très « *impressionnable* » a gardé dans son esprit l'image de ces sensations anormales. Par *auto-suggestion* son psychisme a greffé sur cette parésie, une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, qui, nous l'avons vu, est purement psychique.

Il s'est produit chez lui un certain état, si j'ose ainsi dire, de *catatonie cellulaire*, qui retient avec force cette anesthésie.

Cet état d'esprit, je pourrais presque dire cet état mental, est entretenu par une psycho-névrose cérébrale véritable ; le malade fait tout ce qu'il peut pour se débarrasser de ses obsessions, mais il ne peut pas. L'observation le montre comme un mélancolique, accablé d'idées tristes et même d'idées de suicide. Son cerveau secrète « du noir » il y a comme une véritable toxhémie cérébrale. C'est une véritable *autotoxinfection* (1).

Ce qui tend à le prouver, ce sont ces tremblements qui ressemblent à ceux de la maladie de Parkinson, et aussi cette impotence de la jambe droite, qu'il a toujours eue.

Pourrait-on dire qu'il y a véritablement une lésion organique ? Je ne le pense pas : la douleur la plus vive existe du côté droit du cerveau et non du côté gauche qui a reçu le choc.

En somme, voici comment on peut poser le diagnostic de cette affection complexe : à l'origine, commotion cérébrale qui détermine un certain degré de parésie du côté droit ; dans la suite, psycho-névrose et hémianesthésie psychique auto-suggestive greffée sur la psychose.

---

(1) Longpretz. *Autotoxinfection*. Thèse, Nancy, 1905.

OBSERVATION IV

Inédite. Service de M. Bernheim. 1905.

Eugène R..., âgé de 38 ans, chef de chantier, entre dans le service de M. Bernheim, le 3 décembre 1904.

Dans ses antécédents collatéraux, je relève ce fait qu'une de ses sœurs, âgée maintenant de 29 ans, est hémiplégique gauche, depuis l'âge de 19 ans.

Maladie actuelle. — Le 30 juin, il est tombé d'une hauteur de 10 mètres sur le côté droit de la tête et sur l'épaule. Il a perdu du sang par le nez, les oreilles et la bouche et il est resté 2 heures sans connaissance. On constata à ce moment 5 fractures, dont deux à la clavicule, une à l'omoplate, une à l'humérus et une sur les deux dernières côtes. Il ne pouvait fléchir ni l'avant-bras ni le poignet du côté droit, mais il pouvait remuer les doigts. On lui posa un premier appareil plâtré qu'on enleva au bout de 15 jours, puis un second qui resta 65 jours.

Quand le bras fut sorti de l'appareil il éprouva 5 à 6 jours après des fourmillements localisés à l'épaule et à la partie supérieure du bras ; 4 jours après, le malade ne sentait plus son bras et le cherchait pour savoir où il était.

Depuis 8 jours, il éprouve de fortes douleurs le long du cou, de l'angle de la mâchoire droite, s'étendant jusqu'à la pointe de l'omoplate, et l'obligeant à tourner la tête du côté gauche.

État actuel. — Le bras droit est complètement paralysé.

Le malade se tient debout la tête fortement inclinée du côté gauche. On ne constate ni atrophie musculaire, ni tremblements fibrillaires.

Les mouvements de l'épaule sont libres. On peut lever verticalement le bras qui retombe *après une légère hésitation*. Il existe des douleurs vives à la pression du quart inférieur du sterno-mastoïdien.

L'anesthésie du membre supérieur est complète, en avant jusqu'à la clavicule ; un deuxième examen montre qu'elle s'arrête à un centimètre au-dessous de la clavicule.

Les yeux étant fermés, le malade ne sait pas où est sa main droite. Il la cherche avec sa main gauche à l'endroit où il l'a vue précédemment. Si elle est en l'air, la main qui la cherche tourne autour, en *évitant* de l'atteindre.

6 décembre. — A l'aide du procédé au crayon bleu, on réduit de quelques centimètres la zone d'anesthésie. Mais le malade à une tendance à la restaurer entière.

En faisant *quelques passes magnétiques* on gagne 2 centimètres.

7 décembre. — Le cou s'est redressé après quelques frictions au baume tranquille.

La sensibilité arrive à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule.

Quand la main est sur le lit, le malade la cherche en l'air et réciproquement.

8 décembre. — Malade peut tourner la tête sans éprouver aucune douleur. Par le procédé au crayon, on rétablit la sensibilité à cinq travers de doigt au-dessous de la clavicule au lieu de trois.

9 décembre. — Ce matin, la zone anesthésique s'étend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule. Quant à l'insensibilité tactile, elle s'étend jusqu'à 11 centimètres au-dessous.

12 décembre. — On peut restaurer la sensibilité jusqu'à cinq travers de doigt au-dessous de la clavicule.

15 décembre. — L'électricité n'est perçue qu'à un travers de

doigt au-dessous de la clavicule. Le malade raconte qu'on l'a souvent électrisé, mais que ce traitement ne lui a pas réussi. Il sentait son bras avant qu'on l'ait électrisé, depûis il ne le sent plus.

16 décembre. — A la suite de l'électrisation, l'analgésie est remontée au-dessus de la clavicule. Depuis hier, il éprouve une douleur entre les deux épaules, à la région frontale droite, à la joue, à la tempe ; toute la face est hypéresthésiée. Il aurait déjà éprouvé les mêmes symptômes à la suite de la première électrisation.

La sensibilité est abolie jusqu'au niveau de la clavicule. La main gauche est assez chaude — la main droite est fraîche.

21 décembre. — Il s'est produit un hémianesthésie qui occupe tout le côté droit. Dans le dos, elle dépasse la colonne vertébrale. Sur l'abdomen elle s'étend jusqu'à trois travers de doigt à gauche de l'ombilic.

En avant de la cuisse elle descend jusqu'au quart inférieur et en arrière jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du jarret.

Il accuse une sensation de faiblesse dans la jambe droite et éprouve de la peine à marcher.

23 décembre. — L'hémianesthésie s'étend jusqu'à la ligne parasternale du côté gauche et jusqu'à la ligne médiane de l'abdomen.

La cuisse droite est devenue complètement insensible à la piqûre. Au pied droit, la sensibilité est moindre qu'à gauche. Il peut bien plier le genou, mais il ne peut pas soulever le pied droit. *Les reflexes sont normaux.* Malade marche en s'appuyant sur une canne, et ne peut soulever le pied en marchant.

A la face postérieure de la jambe, l'anesthésie s'étend jusqu'au milieu.

Le tic-tac de la montre n'est perceptible qu'à six centimètres de l'oreille.

Le chatouillement de la narine droite est beaucoup moins perçu que du côté gauche.

24 décembre. — Le malade a marché hier pendant une heure. Il est dans l'impossibilité de fléchir les orteils, sauf le gros orteil.

Tout le membre inférieur droit est anesthésique jusqu'à la partie médiane du mollet en arrière et jusqu'aux malléoles en avant.

Le malade ne peut remonter seul dans son lit.

Le pavillon de l'oreille est complètement insensible.

Le tic-tac de la montre n'est plus perçu qu'à 5 centimètres.

25 décembre. — L'anesthésie s'étend jusqu'à un travers de doigt à droite de la ligne médiane. Sur la face jusqu'au nez, sur le menton jusqu'à gauche de la ligne médiane.

L'œil voit moins bien. La chaleur est la même dans les deux bras.

27 décembre. — Malade marche mieux, mais il traîne toujours la jambe. Etant au lit, il peut plier la jambe droite sur la cuisse à angle droit, mais il ne peut pas encore lever le pied.

L'anesthésie s'étend jusqu'à la ligne parasternale gauche.

Quand on entre-croise les doigts de la main droite et de la main gauche, le malade paraît ne pas sentir certaines piqûres faites sur les doigts gauches. Quand on le pique sur les doigts gauches isolément, il réagit vivement.

A un moment donné il a paru sentir la piqûre dans le pouce droit.

L'œil droit devenu amblyopique est incapable de distinguer un objet placé devant lui. Cependant, l'épreuve du prisme montre sa parfaite intégrité.

De même le champ visuel de ce malade, qui est rétréci, peut être augmenté par l'apposition devant l'œil, de verres de montre ordinaires.

Le malade sort de l'hôpital. Il revient le 1er février.

Dans l'intervalle, le 3 janvier, il serait allé se faire traîter par un cultivateur, qui paraît-il, a la réputation d'un guérisseur émérite.

Celui-ci, aurait placé dans une baignoire, deux kilos de feuilles de saule, deux kilos de lie de vin et une bouteille de Barèges, puis chauffant sous la baignoire, il avait installé le malade sur des planches placées sur la baignoire. Le malade aurait ainsi pris huit bains de vapeur.

Après le 1er bain il a éprouvé des tiraillements vers l'aisselle, le coude et le poignet.

Après le 3e bain, la sensibilité est revenue à l'extrémité des doigts. Au bout de quelques jours il avait déjà pu faire quelques mouvements avec le pouce.

Les mouvements sont revenus avant la sensibilité. Actuellement, le malade lève le bras jusqu'à l'angle droit. Cependant, il éprouve encore une sensation de tiraillement au niveau de la clavicule et qui est provoquée par une luxation incomplètement réduite.

Il sent la piqûre partout.

Il a repris son travail. On note au dynamomètre 64 à droite et 50 à gauche.

Il a gardé un certain degré de surdité de l'oreille droite.

Le malade revient au service au mois d'avril.

A ce moment, le bras était devenu presque impotent, le malade a repris son traitement par les bains de vapeur, et, petit à petit, les mouvements sont revenus au bout de 15 jours.

Le 1er mai, il ne peut soulever son bras que jusqu'à l'horizontale ; il éprouve de la raideur dans la main.

On note au dynamomètre 24 à droite et 65 à gauche.

Tous les soirs il a des picotements dans l'index et dans le tiers de la paume de la main.

L'anesthésie occupe la moitié interne de la main; l'avant-bras et le bras sont insensibles; seule la région du biceps garde quelque sensibilité.

Toute la moitié droite de la face ne sent pas. Au thorax, l'anesthésie s'étend jusqu'au bord gauche du sternum; sur le ventre elle dépasse la ligne blanche de deux centimètres.

La cuisse droite est anesthésique. La jambe n'est sensible qu'à cinq travers de doigt au-dessous de la rotule.

Le malade qui était venu pour se montrer, ne revient au service que le 11 juillet.

A cette date il ne peut soulever ni le bras, ni l'avant-bras, il fait quelques mouvements avec le pouce, mais ne peut remuer les autres doigts.

Il tourne difficilement la tête à droite et se plaint de douleur dans la nuque.

L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle est devenue complète, ne respectant que les deux tiers inférieurs de la jambe droite.

L'œil ne voit plus que très difficilement, le malade éprouve beaucoup de peine à reconnaître une clef qu'on lui montre. On fait passer sous ses yeux des couleurs variées.

Le *bleu* est vu *gris* ; le vert, bleu ; le rouge, rouge ; le jaune, blanc ; le bleu, gris ; le rouge, rouge ; le blanc, blanc.

L'oreille est restée sourde ; à 50 centimètres, le malade n'entend que comme un bourdonnement les paroles prononcées d'une voix très forte.

L'expérience des doigts croisés, du prisme, du sel et du sucre donnent des résultats positifs.

Cependant le malade ajoute, qu'il a complètement perdu le sens du goût et que *le côté gauche ne sent plus.*

L'odorat paraît aboli du côté droit.

Ainsi ce malade à la suite d'un traumatisme violent qui détermine plusieurs fractures, fait une paralysie complète du bras droit, accompagnée d'une anesthésie totale du membre.

Sous l'influence de la suggestion, cette anesthésie paraît vouloir rétrocéder : pendant plusieurs jours elle reste variable ; c'est un des caractères de l'anesthésie suggérée.

Dans les jours suivants, après une électrisation, il se produit une hemiplégie sur laquelle vient se greffer une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, presque complète. Il faut dire que le malade nous avait prévenu que, lors de la dernière électrisation, les symptômes s'étaient déjà aggravés.

Cette hémianesthésie droite empiète beaucoup du côté gauche, et reste assez fixe après qu'elle s'est produite : c'est encore une forme de l'anesthésie suggérée.

Si on fait l'épreuve des doigts croisés, il se trompe, *toujours en moins :* plutôt que de s'exposer à dire trop, il dit plutôt moins.

Enfin l'épreuve du prisme, l'examen du champ visuel à l'aide de verres ordinaires, montrent que son amblyopie n'est pas réelle.

Ce malade n'était pas non plus un simulateur, puisque de lui-même, il est allé se faire traiter par un cultivateur, en qui on a grande confiance dans son entourage. Ce cultivateur l'a guéri par la suggestion de ses bains, mais

tous les symptômes n'ont cependant pas complètement disparu puisqu'il lui est resté un certain degré de surdité psychique.

Bien plus, quelques mois après cette guérison, la paralysie du bras s'est reproduite, d'abord incomplète, avec guérison consécutive par l'emploi de bains de vapeurs, puis complète avec reproduction de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle.

Cette réapparition des accidents chez un sujet qui fait tous ses efforts pour guérir, qui veut reprendre son travail, montre la force que peuvent acquérir les idées autosuggestives.

Elles ne cèdent pas toujours volontiers aux suggestions médicales. M. Bernheim a cité quelques observations d'auto-suggestions absolument rebelles : la cause de l'échec est inhérente *soit à la maladie soit au sujet.*

Dans l'observation III il semble bien qu'on puisse incriminer la maladie, la psychose ; chez R... c'est le sujet qui est rebelle, puisque les suggestions du guérisseur ont pu réaliser ce que nous n'avions pu faire malgré tous nos efforts.

L'anesthésie nerveuse peut donc être retenue avec une tenacité désespérante pour le médecin ; de ce qu'elle ne disparaît pas, par la suggestion, il ne faudrait pas conclure qu'elle est d'une autre nature : un autre confrère peut réussir où soi-même on a échoué. Celà tient à ce que la suggestion n'est pas *une*, elle doit s'adapter au psychisme du malade. Au point de vue suggestif, chaque malade a pour ainsi dire *sa corde sensible* qu'il faut savoir faire vibrer. La persuasion, telle qu'elle est comprise par M. Dubois, de Berne, est rarement suffisante, il

est souvent nécessaire de l'accompagner de pratiques en apparence thaumaturgiques : on ne doit avoir en vue que l'intérêt du malade et, si à un moment, il est utile de s'adresser à une autre faculté qu'à sa raison, tant pis! pourvu que le malade guérisse! le suggestible, l'auto-suggestionné *a ses raisons que la raison n'a pas !*

Quoi qu'il en soit, voilà encore une anesthésie nerveuse qui s'est comportée cliniquement comme une anesthésie suggérée.

Je pourrais multiplier les observations de cette nature; ce chapitre y perdrait en concision, elles se ressemblent du reste toutes, sinon, par l'étiologie de l'anesthésie, du moins par son aspect.

Il suffit d'en avoir étudié quelques-unes avec soin, pour pouvoir les diagnostiquer à coup sûr lorsqu'on en rencontrera ; leurs caractères sont tellement nets, qu'il me paraît inutile de faire ici un parallèle entre ces anesthésies et les anesthésies organiques ; pour qui réalisera les épreuves que j'ai énumérées, et obtiendra des résultats positifs, la confusion ne sera pas possible.

Du reste on trouvera encore, dans le chapitre suivant, bon nombre d'observations qui achèveront de fixer dans l'esprit le tableau de l'anesthésie nerveuse.

Mais auparavant, je voudrais encore citer une observation d'anesthésie nerveuse, due à M. Grasset, de Montpellier. Elle a trop d'analogie avec les nôtres pour être passée sous silence.

OBSERVATION V

(In *Archives générales de médecine*. Décembre 1902)

R..., manouvrier, âgé de 35 ans, entre dans le service le 31 octobre 1901.

Dans ses antécédents personnels, on relève une intoxication par l'oxyde de carbone, survenue, il y a deux ans, avec perte de connaissance, sans crise ni autre complication, le malade pouvait reprendre son travail le lendemain de l'accident.

Il n'y a jamais eu de crises d'hystérie.

En avril 1901, R... était occupé à charger, sur une charrette des barriques vides du poids de 130 kilos. Une de ces barriques, qu'il maintenait à bout de bras, s'échappe de ses mains, roule et glisse sur sa tête et le long de la *partie gauche* de son corps. Il en résulta une contusion assez forte portant surtout sur le côté gauche du corps sans autre accident immédiat.

Deux jours après, le malade a des crachements de sang. Huit jours plus tard il vomit du sang et, à partir de ce jour, il a des vomissements alimentaires qui persistent deux mois; les selles sont normales. Il se préoccupe beaucoup de ces vomissements, auxquels il donne son accident comme origine.

Il ne peut reprendre son travail.

Le patron de l'ouvrier, obligé de lui donner une certaine indemnité, s'émeut et délègue plusieurs médecins pour approfondir son cas. Cet examen a lieu dix-sept jours après l'accident. Brusquement, pendant que les médecins l'examinent, sous leurs yeux, le malade se sent paralysé de tout le côté gauche.

Cette paralysie est complète d'emblée et s'accompagne d'hémianesthésie du même côté, hémianesthésie constatée par les docteurs, nous dit-il.

Ces phénomènes persistant, obligent le malade à entrer à l'hôpital, le 16 octobre 1901.

EXAMEN DU MALADE

Motilité. — La marche est difficile et n'est possible qu'à l'aide d'une canne. Pendant la marche, le malade traîne la jambe gauche, sur laquelle il peut cependant un peu s'appuyer.

Dans le lit, le malade peut difficilement mouvoir la jambe gauche. Ce n'est qu'au prix de grands efforts qu'il parvient à la soulever légèrement.

Le bras gauche peut à peine esquisser quelques mouvements. Le malade ne sent pas de la main gauche et l'aiguille du dynamomètre marque zéro.

La face est asymétrique par hémiparésie faciale gauche portant sur le facial supérieur et inférieur.

L'orbiculaire gauche résiste moins bien que le droit.

Le malade siffle difficilement, il rit et grimace mieux du côté droit. Mais en mangeant et en buvant, il ne laisse pas échapper les aliments par la commissure labiale gauche.

La langue n'est ni déviée, ni paralysée. On constate un tremblement vibratoire intermittent de la langue et des membres.

Il n'existe aucune raideur musculaire. Le malade ne présente pas de Romberg.

Sensibilité. — Hémianesthésie gauche à tous les modes, complète, portant sur la face, les membres et le tronc. Mais le malade quand il boit, n'a pas la sensation d'avoir un verre cassé entre les lèvres ; les yeux fermés il marche aussi bien que les yeux ouverts.

Anesthésie conjonctivale gauche avec abolition du réflexe palpébral.

Anesthésie de la partie gauche du pharynx avec abolition du réflexe nauséeux.

Anesthésie de la muqueuse pituitaire du côté gauche avec abolition du réflexe de l'éternuement.

Pas de zones hystérogènes.

Rétrécissement du champ visuel des deux côtés, mais beaucoup plus marqué du côté gauche.

De l'œil gauche la couleur violette est vue noire. Le malade lit moins bien de l'œil gauche, de loin comme de près.

Le goût est aboli sur le côté gauche de la bouche ou de la langue, l'amertume de la quinine n'est pas perçue de ce côté.

Le malade a de l'hypoacousie gauche.

Il sent mal de la narine gauche et ne peut reconnaître ou distinguer les odeurs.

Il présente d'importants troubles kinesthésiques.

Du côté gauche, la perte du sens musculaire semble complète : les yeux fermés, il ne peut avec sa main droite retrouver brusquement sa main gauche que l'on a déplacée ; mais si on l'aide à retrouver sa main gauche, il la reconnaît parfaitement.

Mêmes phénomènes pour le membre inférieur.

Le tonus musculaire est conservé. On peut mettre le membre inférieur gauche en flexion sur l'abdomen : mais cette flexion ne dépasse pas la normale. On est arrêté dans ce mouvement, et ce n'est pas la douleur puisque le malade ne sent rien et ne se plaint pas.

Réflexes. — Le réflexe crémastérien normal à droite est très exagéré à gauche :

Le réflexe rotulien est exagéré des deux côtés.

Il n'existe pas de danse de la rotule, ni de danse du pied. Un chatouillement de la face plantaire, les orteils se fléchissent à droite et restent immobiles à gauche.

Il n'y a pas de troubles sphinctériens.

Il n'existe pas de troubles trophiques, ni d'atrophie musculaire.

Le psychisme est normal. Rien du côté des autres appareils.

— Après l'examen complet du malade, M. Grasset prie son interne d'aller la nuit suivante, en grand secret, surprendre le malade pendant son sommeil et tâcher, sans l'éveiller, de lui appliquer une pointe de feu sur une partie quelconque du côté anesthésié.

Ainsi fut fait : pendant la nuit, l'interne applique la pointe du thermo sur la main gauche *anesthésique* du malade endormi.

Le malade retire la main vivement fait un sursaut et sans s'éveiller complètement dit : « qu'y a-t-il ? » à ce moment l'interne avait déjà disparu.

Le lendemain matin, au moment de la visite, le malade est debout, vient au devant de M. Grasset, la figure épanouie, radieuse, ne se possédant pas de joie, il est guéri et lui annonce en demandant son exeat.

La motilité est complètement revenue dans son côté paralysé ; il remue son bras gauche comme le droit et les mouvements se font avec la même force des deux côtés. Il marche très bien, sans canne et sans aucune gêne : devant nous, il traverse la salle au pas gymnastique. L'*anesthésie a complètement disparu.*

Voici le récit qu'il nous fit alors de sa guérison, récit que nous avons contrôlé par les témoignages du veilleur et de certaines malades de la même salle.

Vers onze heures du soir, nous dit-il, j'ai rêvé que je tombais d'une plate-forme sur laquelle je travaillais ; je me

suis éveillé en sursaut. J'avais des frissons et je tremblais. Je me suis rendormi bientôt après. Vers deux heures du matin, j'ai éprouvé un violent mal de tête avec des envies de vomir. Je me suis levé pour aller au lavabo, me mettre la tête dans l'eau. L'eau froide m'a soulagé et je me suis aperçu alors que je marchais très bien et que je pouvais remuer mon bras gauche comme le droit. J'ai réveillé mes voisins de lit et mes camarades, pour leur faire part de ma guérison.

Tous ces derniers faits, les seuls susceptibles de contrôle sont exacts ; il n'a pas vu l'interne, il ne s'est pas rendu compte qu'on lui avait mis une pointe de feu (pointe de feu dont nous constatons, le matin, la trace d'ailleurs légère) et n'a été guéri que deux heures environ après l'application de la pointe de feu.

Il paraît très heureux d'être guéri, veut sortir tout de suite sans nous laisser le temps d'analyser avec soin son état, notamment son champ visuel.

— Et votre indemnité du patron, votre pension ?

— Je ne demande plus de pension, répond-il, puisque je suis guéri. Tout l'or du monde ne vaut pas la santé. Je vais aller retrouver mon patron pour lui demander de l'ouvrage. Veuillez, je vous prie, signer mon billet de sortie.

Ainsi fut fait et il est sorti en parfaite santé apparente, le 26 octobre 1902.....

.... Le 21 novembre, je reçois une lettre de l'avoué de la Compagnie d'assurances m'annonçant que notre homme est de nouveau malade.

Il rentre au service à cette date.

Le tableau est tout différent de celui que nous avons constaté antérieurement. L'hémiplégie n'a pas reparu ni pour la motilité, ni pour la sensibilité. Il a des vomissements et de la constriction thoracique ; il se révèle même, simulateur de talent médiocre. Il paraît regretter la guéri-

son du 25 octobre et surtout l'aveu fait de cette guérison et il redoute les conséquences que cela va avoir pour lui.

Cette observation ne diffère pour ainsi dire pas de celles que j'ai rapportées. — La symptomatologie est identique et sans doute que si M. Grasset avait employé, pour l'examen de son malade, tous les procédés que j'ai indiqués, les résultats de ces épreuves eussent été semblables à ceux que nous avons obtenus. Il s'agissait bien, comme M. Grasset l'a dit, d'une hemiplègie et d'une hémianesthésie psychiques, sans qu'on puisse en aucune façon incriminer la bonne foi du malade.

La guérison subite vient à l'appui de cette idée : le psychisme du malade *surpris* par une sensation inattendue qu'il avait pris l'habitude d'effacer, chaque fois qu'elle se produisait à l'état vigile, a réagi en restaurant la sensibilité. Ces deux symptômes, développés par auto-suggestion ont disparu instantanément par un mécanisme identique.

Plus tard, un certain *opportunisme inconscient*, développé dans le cerveau du malade par l'appât d'une indemnité possible, a reproduit les vomissements tels qu'ils existaient dans les jours qui ont suivi le traumatisme. Cette fois encore, le malade n'a pas simulé : les nouveaux symptômes qu'il présente, sont indépendants de sa volonté.

Il en a été de même pour notre malade R... dont l'observation IV raconte l'histoire.

Lui non plus n'était pas un simulateur, puisque spontanément il était allé se faire traîter par un guérisseur de campagne, et qu'il s'était trouvé complètement rétabli après un traitement de 8 jours de durée.

Deux mois après l'hémiplegie et l'hémianesthésie réapparaissent, et 4 mois plus tard, le bras était de nouveau complètement paralysé et l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle presque totale, malgré tous les traitements suivis pas le malade.

Ces deux exemples mettent en évidence la toute puissance de l'auto-suggestion : malgré tous leurs efforts, certains sujets ne peuvent lutter contre certains reflexes idéo-dynamiques : l'idée qui, contre leur volonté s'impose à leur psychisme, tend sans cesse à se réaliser, et finit par devenir acte.

C'est bien ainsi que se comportent les anesthésies suggérées : quand je dis à un de mes sujets « vous ne sentez plus ; votre bras est paralysé » ils peuvent employer toute leur volonté pour lutter contre cette suggestion, elle se réalise pourtant instantanément. Quand j'interrogeais cet étudiant en médecine, dont j'ai déjà parlé, il me disait : « je sais bien que c'est de la suggestion, mais je ne peux pas faire autrement que d'obéir : il est impossible que je résiste » — et j'ajoute que toutes les expériences se font à l'état de veille.

Les autres sujets que j'ai étudiés, et qui n'ont ni l'intelligence, ni l'instruction de mon camarade me répondent ceci : « quand vous venez près de moi, je sens bien que je suis obligée de faire ce que vous m'ordonnez — c'est plus fort que moi ». Je cite les paroles textuelles, absolument convaincu que tous ceux qui se sont livrés à des expériences et à des interrogatoires de ce genre, ont obtenu des réponses identiques à celles qui m'ont été faites.

En résumé, il est désormais indéniable que l'anesthésie,

dite hystérique, est identique, au point de vue clinique, à l'anesthésie suggérée : il n'y a entre elles, aucune espèce de différence, et il serait impossible à un médecin de les distinguer l'une de l'autre. Du reste, on retrouvera dans les observations relatées dans le chapitre suivant, une série d'anesthésies psychiques, en tous points semblables à celles que nous venons d'étudier.

On a vu que ces anesthésies nerveuses sont très variables d'un jour à l'autre, qu'elles se complètent, qu'elles se suppriment où qu'elles se fixent quelquefois avec une tenacité remarquable. C'est qu'alors il s'est produit dans le nerf une modification encore inconnue qui empêche l'influence nerveuse de se propager. Aussi bien, n'est-ce là qu'une hypothèse, difficile à vérifier, parce que l'histologie n'étudie le nerf que lorsqu'il est mort et fixé, et que cette modification doit être d'ordre dynamique ; mais les faits cliniques tendent à montrer qu'il doit en être ainsi : à un certain moment l'anesthésie se comporte comme si elle était réelle. Il n'y a du reste rien qui s'oppose à admettre cette hypothèse : M. Bernheim a démontré que « *l'idée gouverne la vie organique comme la vie de relation* (1) ». Il est arrivé, par suggestion, et en opérant d'une certaine façon, à accélérer ou à diminuer les mouvements du cœur. Si la suggestion est capable d'agir sur le rythme cardiaque, il n'est pas illogique de prétendre qu'elle puisse agir sur la fibre nerveuse périphérique.

Dans les cas où l'anesthésie s'est matérialisée, il semble que la modification moléculaire s'est exercée sur les filets

---

(1) Bernheim, *Revue médicale de l'Est*, décembre 1904.

terminaux qui se distribuent à la peau, et non sur le tronc nerveux lui-même. Ce qui le prouve, c'est que si l'anesthésie matérialisée, occupe par exemple le tiers moyen de l'avant-bras, les excitations faites, au-dessous de la région insensible, seront transmises jusqu'au cerveau. Il résulte de ce fait que l'anesthésie ne se matérialise pas au niveau des neurones centraux, mais bien à la périphérie.

Si maintenant l'on admet avec moi l'idendité entre l'anesthésie suggérée et l'anesthésie, dite hystérique, on pensera immédiatement, que deux symptômes aussi complètement semblables, doivent avoir une étiologie assez voisine.

L'anesthésie, dite hystérique, ne serait-elle pas aussi le fait d'une suggestion ? (hétéro ou auto-suggestion).

Je crois qu'il en est ainsi, parce qu'il arrive souvent, quand on recherche avec soin le début d'une anesthésie nerveuse, de trouver un point de départ, le plus souvent organique, qui actionnant la suggestibilité du sujet, a créé par auto-suggestion, l'anesthésie *en apparence* spontanée.

C'est ce que je me propose de montrer, avec observations à l'appui, dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

Etiologie de l'Anesthésie nerveuse dite hystérique

Les causes sont aussi nombreuses que variées, qui peuvent être le point de départ d'une anesthésie nerveuse.

Le sensorium de certains sujets, actionné par le trouble le plus léger, est capable de réaliser cette forme d'anesthésie.

Nous avons vu que l'examen même du médecin peut créer cette anesthésie lorsqu'elle n'existait pas, ou la développer, la compléter, alors qu'elle était légère, fugace ou localisée : il s'agit alors d'une véritable anesthésie par suggestion.

D'autres fois, c'est une hémiplégie, un traumatisme local, ou une affection, localisée à une région, qui pourront être l'origine d'une anesthésie réelle en partie, mais exagérée par le sensorium.

Il existe aussi des troubles vaso-moteurs qui, au moment de leur production, créent une hypoesthésie pas-

sagère, qui, dans la suite, peut se transformer en une anesthésie plus profonde.

Enfin, l'anesthésie peut s'associer à d'autres troubles dynamiques, et nous verrons par quel mécanisme ces troubles se produisent.

Dans tous ces cas, *l'auto-suggestibilité* est la grande coupable : elle explique, à mon sens, toutes ces anesthésies dites hystériques.

J'ai résumé dans le tableau suivant les causes occasionnelles de l'anesthésie nerveuse.

Tableau résumant les causes des anesthésies psychiques

A. — Suggestives d'origine médicale.	1° suggestion expérimentale 2° suggestion inconsciente	Anesthésies provoquées par la recherche du symptôme, ou par l'auto-suggestion imitative, dans un service d'hystériques.
B. — Greffées sur des lésions organiques (*a*. nerveuses, *b*. localisées)	1° localisation cérébrale 2° localisation médullaire 3° localisation périphérique (névrites) 4° traumatisme local 5° maladie locale	Hypoesthésies, anesthésies réelles exagérées par l'auto-suggestion ou anesthésies réelles, dues à la lésion, mais lui survivant par auto-suggestion.
C. — Greffées sur d'autres troubles dynamiques.	1° psychoses et psychonévroses 2° crises d'hystérie 3° paralysies et contractures nerveuses.	Anesthésies associées par un mécanisme auto suggestif.

A. Anesthésies créées par suggestion médicale (1).

J'ai souvent remarqué que, si plusieurs jours de suite, on explore la sensibilité, en cherchant si elle est diminuée, on trouvera à la fin de ces examens successifs, une anesthésie qui n'existait pas au début, ou bien on aura complété une anesthésie déjà existante mais limitée.

Bien plus, comme l'a fait justement remarquer M. Bernheim, les malades qui, dans un service d'hôpital, assistent à l'exploration de ce symptôme, le copient et se l'assimilent par suggestion inconsciente.

« Il faut éviter, quand on examine un de ces sujets éminemment suggestibles d'appeler son attention sur l'anesthésie ; car la signaler ou la rechercher d'une certaine façon, c'est parfois la provoquer. J'en ai fait souvent l'expérience devant les élèves. Voici une hystérique, je m'assure rapidement avec l'épingle qu'elle n'a pas d'analgésie dans les mains. Alors sans rien suggérer directement au sujet, je dis devant les élèves : « Nous allons explorer la sensibilité dans la moitié droite et dans la moitié gauche du corps ». Je pique la main droite, elle sent, je dis : à droite elle sent ; c'est la moitié gauche qui est souvent insensible chez les hystériques. Cette assertion peut suffire au sujet pour qu'il se suggère l'hémianesthésie gauche. J'aurais pu faire cette suggestion involontairement à mon insu (2) ».

---

(1) On a vu au chapitre II de nombreuses expériences d'anesthésie par suggestion expérimentale ; je n'y reviendrai pas ici.

(2) Bernheim. *Loc. citat.*, p. 254.

Les observations que je relate plus loin mettent bien en évidence la façon dont on peut inconsciemment suggérer une anesthésie. Ces faits sont hors de conteste, pour nous.

Au moment même où j'écris ces lignes, il y a, dans le service de M. Bernheim, cinq malades qui présentent ce qu'on appellerait de l'hystérie monosymptomatique. Elles n'ont jamais eu de crises mais sont atteintes, l'une de dyspnée, l'autre d'anurie, une autre d'accès de cris bizarres, une autre de mutisme nerveux, etc... Aucune d'entre elles, n'avait à son entrée à l'hôpital, la moindre anesthésie. Des examens plusieurs fois répétés par mon camarade Amselle, interne du service, ont déterminé, chez deux d'entre elles, une anesthésie qui affecte une localisation variable, avec la manière même dont il l'a recherchée.

Je pourrais citer à l'appui de cette idée un grand nombre d'observations : je me contenterai d'en relater trois, en insistant sur ce fait que si l'on veut bien procéder comme je l'ai fait moi-même, on trouvera presque toujours des résultats semblables à ceux que je vais exposer :

OBSERVATION VI

(Inédite. Clinique de M. Bernheim, 1905).

Crises d'hystérie. — Pas d'anesthésie lors du premier examen. — Création d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle par l'exploration du symptôme. — Matérialisation de l'anesthésie.

Marie-Louise M..., âgée de 19 ans et demi, couturière, entre à l'hôpital le 15 août 1905. Depuis deux ans elle souffre de l'estomac, elle éprouve des douleurs vives après les repas et elle a souvent des vomissements.

Maladie actuelle. — Le 15 août, à la suite d'une très vive émotion, elle a sa première crise nerveuse. Survenue à dix heures du matin, elle ne dure que quelques minutes, mais elle est suivie d'une perte de connaissance qui dure jusqu'à midi. Dans l'après-dîner elle a plusieurs autres crises, qui surviennent brusquement, et qui sont assez fortes pour faire tomber la malade hors de son lit.

A l'hôpital, j'assiste à une de ces crises : la malade pousse des cris inarticulés ; les bras et les jambes sont agités de mouvements convulsifs : c'est très nettement une crise d'hystérie que j'arrête par suggestion. Pendant la crise, l'anesthésie paraît complète.

Quand la malade est redevenue calme, j'examine sa sensibilité *sans lui poser aucune question ;* je constate qu'il y a une légère hypoesthésie générale, mais que la malade sent partout, car si j'enfonce l'aiguille un peu profondément elle réagit.

Le lendemain et les jours suivants, sans poser aucune question à la malade, j'examine la sensibilité, toujours du côté gauche.

Au bout de quelques jours il existait une hémianesthésie très complète du côté gauche. Je demande alors à la malade si elle avait déjà remarqué qu'elle fût insensible de ce côté : elle me répond qu'elle s'en est aperçue par mon examen. En même temps j'explore la vision, l'audition, l'olfaction et la gustation : sous l'influence de cette suggestion exploratrice elle n'accuse encore, ce jour-là, qu'une légère diminution de l'ouïe, les autres sens sont encore indemnes mais nous verrons plus tard que le germe suggestif introduit dans le sensorium ne tarda pas à mûrir.

Le côté droit présentait une sensibilité plutôt exagérée ; l'anesthésie ne dépassait pas la ligne médiane. Les crises devenaient de plus en plus rares.

Sur ces entrefaites je quitte le service pendant vingt-huit jours.

A mon retour, je constate que l'hémianesthésie est très marquée : elle dépasse la ligne médiane de deux travers de doigt. On peut surprendre la malade, la piquer à l'improviste du côté gauche : elle reste impassible ; par contre, les piqûres faites du côté droit sont très vivement senties.

Cependant les crises deviennent de plus en plus rares, mais il se produit alors des vomissements qui surviennent aussitôt après qu'elle a mangé et, malgré la suggestion, ces vomissements ne cessent qu'au bout de huit jours. L'estomac est du reste dilaté et descend jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Elle a sa dernière crise nerveuse le 16 octobre, depuis elle n'en a plus eu.

Le 4 novembre, j'examine de nouveau les organes sensoriels et je vois que l'exploration suggestive du premier jour, mûrie par l'auto-suggestion de la malade, avait fait son œuvre : je constate que l'hémianesthésie était devenue, *en apparence, spontanément* sensitivo-sensorielle — ce qu'elle n'aurait pas été sans notre exploration. — L'amblyopie est complète, la surdité absolue : l'odorat, le goût, le sens musculaire n'existent plus. L'épreuve du prisme montre que l'amblyopie est psychique ; pour les autres sens, la malade se comporte comme s'il s'agissait d'une anesthésie suggérée.

J'essaie alors, par suggestion, d'opérer le transfert de l'anesthésie sur le côté droit : je puis créer une hémianesthésie droite, mais il m'est impossible même pendant le sommeil hypnotique, de restaurer la sensibilité du côté gauche, ce qui semble démontrer que cette anesthésie était jusqu'à un certain point matérialisée.

Ce qui le prouve encore c'est l'insuccès de la suggestion

alors que cette malade est particulièrement suggestible. Il est possible à l'état de veille et par seule affirmation verbale de réaliser instantanément une amaurose, une surdité, une mutité complète qui durent jusqu'à ce qu'on lui ait rendu la vue, l'ouïe ou la parole. Il est de même facile de provoquer instantanément une paraplégie ou une monoplégie ou une hémiplégie.

Bref, la malade réalise instantanément toutes les suggestions, et il est pourtant impossible de restaurer la sensibilité du côté gauche.

Ce n'est qu'*après huit jours d'essais* que je puis supprimer l'anesthésie. La malade sent, mais moins qu'à droite, et encore l'anesthésie se reproduit-elle facilement, si on reste quelques jours sans faire de suggestion.

Dans les derniers jours de novembre, la sensibilité est complètement revenue et la malade sent également des deux côtés.

Cette malade n'avait donc pas d'anesthésie lorsqu'elle est entrée à l'hôpital ; tout ce que j'ai constaté c'est une *hypoesthésie générale* consécutive à une crise d'hystérie à laquelle j'avais assisté.

Il m'a suffi, pour créer une hémianesthésie gauche, d'explorer systématiquement plusieurs jours de suite, le côté gauche de son corps. Je ne posais aucune question à la malade ; elle a deviné en quelque sorte ma pensée : elle s'est dit que mon insistance à rechercher l'anesthésie de ce côté, répondait sans doute à ce fait, que chez les malades atteints de crises nerveuses, il existe une hémianesthésie gauche. Spontanément, elle a réalisé cette hémianesthésie. Je suis resté vingt-huit jours sans l'examiner. A mon retour, l'anesthésie, non seulement s'était

maintenue, mais elle avait empiété sur le côté droit, et paraissait *s'être matérialisée.*

De plus, la malade, qui, au moment de mon départ, présentait une légère surdité, était devenu complètement sourde, et finit également par devenir amblyopique.

En très peu de temps, l'anesthésie devint sensitivo-sensorielle. Dès lors, elle garda une fixité remarquable, et bien que la malade fût très *suggestible,* j'eus beaucoup de mal à restaurer complètement la sensibilité.

En résumé, il s'agit d'une hystérique, non anesthésique, qui, petit à petit, *du fait même de mes examens répétés,* est devenue hémianesthésique. L'anesthésie d'abord générale, s'est complétée par une anesthésie de la sensibilité spéciale.

OBSERVATION VII

(Inédite. Service de M. Bernheim 1905).

Crises de sommeil hystérique. — Pas d'anesthésie lors du premier examen. — Création de l'hémianesthésie par l'exploration du symptôme. — Transfert de l'anesthésie. — Guérison par surprise, qui neutralise l'auto-suggestion.

Alice D..., âgée de 17 ans, ouvrière en chaussure, entre à l'hôpital le 23 novembre 1905.

Elle n'a jamais été malade.

Elle s'emporte facilement et quand elle est en colère, elle a des tremblements généralisés et des douleurs dans tous les membres.

Maladie actuelle. — Au mois d'août 1903, tandis que la malade était encore couchée, elle est réveillée, en sursaut, par

une odeur àcre de fumée : un feu de cheminée venait de se déclarer dans la chambre.

Elle saute à bas du lit, mais elle a comme un étouffement, elle tombe par terre ; on la transporte dans une pièce voisine et elle reste en état de sommeil pendant 24 heures sans manger, sans boire, sans mouvement. Ce jour-là, elle n'a rien entendu de ce qui se passait autour d'elle. Cette journée est absolument effacée de son existence.

Quand elle s'est éveillée, il y avait beaucoup de monde autour d'elle : la malade a eu une crise de larmes qui a duré environ une heure. Elle ne se rappelait pas qu'il y avait eu un feu de cheminée. Tout souvenir était effacé à partir du moment où elle était tombée en sommeil.

Ses règles, survenues depuis la veille, s'étaient arrêtées. Depuis cette époque, elle est tombée en état de sommeil environ tous les deux mois, au moment des périodes menstruelles.

Ces crises de sommeil surviennent presque toujours à l'occasion d'émotions, mais elles se sont produites quelquefois, sans motif apparent, au cours d'une conversation par exemple.

Tantôt la malade ne sent pas venir le sommeil et elle tombe alors de toute sa hauteur, sans du reste, s'être jamais fait de mal en tombant.

Tantôt elle sent le sommeil venir, elle éprouve de la lourdeur dans la tête, les yeux se ferment et elle s'endort.

Ces crises de sommeil durent de un quart d'heure à une demi-heure ; elle entend tout ce qui se passe et ne se réveille qu'après que sa mère lui a jeté de l'eau fraîche sur la figure.

Elle n'a jamais été traitée par la suggestion. Jamais elle n'a eu de crise de nerfs antérieurement.

Sa dernière crise de sommeil remonte au mois d'août.

Etat actuel. — La malade est enceinte de 3 mois. Elle n'a jamais été endormie. Elle n'a jamais été soumise à aucune recherche d'anesthésie.

Elle dit n'avoir jamais remarqué qu'un côté de son corps fût moins sensible que l'autre.

A l'examen, elle dit sentir moins du côté gauche que du côté droit et effectivement, il semble qu'il en est ainsi, mais *elle sent*, et si on la pique un peu fort, elle retire la main ; si on lui ferme les yeux et qu'on la pique ou qu'on la touche, elle accuse chaque fois le contact. – Les autres sens sont intacts. Le sens musculaire est indemne. Pas d'anesthésie pharyngée.

En somme aucun stigmate hystérique. Il y a bien une légère hypoesthésie gauche à la piqûre, mais le tact est très fin. L'attouchement le plus léger est parfaitement senti.

Je dis alors à la malade :

— C'est curieux, vous n'avez jamais remarqué que vous ne sentiez pas du côté gauche ?

J'examine les deux côtés, je fais fermer les yeux à la malade, je la pique aussi fort des deux côtés : elle ne *sent plus* du côté gauche.

Je pose les doigts sur son bras gauche, elle ne sent pas ; la sensibilité est légèrement conservée sur la poitrine.

J'ajoute : « Est-ce que vous voyez bien de l'œil, de ce côté où vous ne sentez pas ? »

Je lui présente plusieurs objets — l'œil, au lieu de se fixer directement sur l'objet, regarde de tous les côtés et ce n'est qu'après un instant de réflexion que la malade peut nommer l'objet.

Je présente aussitôt un autre objet, la malade ne le reconnaît pas.

Je lui dis : « Sans doute que, tout à l'heure, lorsque vous croyiez entendre de l'oreille gauche, c'est que j'avais mal fermé l'oreille droite ? »

Je ferme l'oreille droite et je cause à mi-voix : la malade n'entend pas.

J'approche ma montre : le tic-tac n'est perçu que si la montre est immédiatement appliquée sur l'oreille.

Je lui mets alors du sel sur le côté gauche de la langue. Au bout de quelques instants, la malade répond : c'est peut-être du sel.

La sensibilité au courant électrique est également diminuée.

J'endors la malade, rien qu'en lui plaçant la main sur les yeux et en lui disant : dormez.

Pendant le sommeil l'anesthésie est complète des deux côtés. Je lui suggère que le côté gauche sent et que c'est le côté droit qui est devenu insensible.

Au réveil, le transfert s'est accompli ; l'hémianesthésie droite, a remplacé l'hémianesthésie gauche.

Le lendemain matin je surprends la malade pendant son sommeil normal. Je la pique du côté droit : elle se réveille.

Je lui demande alors : « De quel côté donc ne sentez-vous pas ?

Elle dit sentir du côté gauche et pas du côté droit. Je pique à droite, elle ne sent pas.

Je répète sur elle toutes les épreuves qu'on a l'habitude de faire dans le service de M. Bernheim pour l'étude de l'anesthésie psychique. J'obtiens les mêmes résultats que d'habitude, à l'épreuve du prisme, des doigts croisés, etc.

Cette hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite persiste jusqu'au 26 novembre.

La malade était en train de lire quand, plaçant la main sur l'œil gauche, elle remarqua que l'œil droit, qui la veille encore, était couvert d'un brouillard, pouvait maintenant distinguer les caractères du livre, sans pourtant pouvoir

les lire. Mais dans le courant de la journée, la vision se rétablit petit à petit, et le soir l'hémianesthésie avait complètement disparu.

Depuis ce moment la sensibilité est égale des deux côtés. La malade a encore eu quelques crises de sommeil pendant lesquelles elle est insensible, mais dès qu'elle est réveillée, l'anesthésie disparaît complètement.

Cette observation est aussi typique que la première. Au début, la malade a seulement une hypoesthésie gauche ; elle ne présente aucun stigmate hystérique. Quelques instants après, rien que par *ma façon de l'interroger,* je développe une hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche. Quand je me suis assuré qu'elle est complète, j'endors la malade et je lui suggère le transfert de cette hémianesthésie ; j'aurais pu le faire exactement de la même façon à l'état de veille.

Au réveil, sans s'étonner de ce changement, la malade examinée à nouveau, dit ne plus sentir du côté droit, mais sentir très bien du côté gauche.

Ce qui frappe dans ces examens, c'est le naturel avec lequel ces malades acceptent toutes ces suggestions. Ils ne se doutent certainement pas, si on ne leur fait pas observer, que c'est une idée qui a été mise dans leur cerveau. Ils réalisent cette idée comme si elle venait d'eux-mêmes. Bien plus, dans certains cas, on leur dit : « Vous savez bien que c'est une suggestion que je vous fais. — Votre bras ne peut pas devenir paralysé, ni votre œil devenir aveugle, rien que parce que je vous l'affirme. — Vous vous rendez compte que c'est une idée que je vous donne, que votre amaurose, que votre paralysie n'existent

pas. On peut leur dire tout cela; ils répondent qu'ils voudraient pouvoir lever leur bras, ou reconnaître l'objet qu'on leur présente, mais que celà leur est impossible. Si on les interroge sur ce qu'ils ressentent, ils disent qu'ils ne peuvent pas définir ce qui se passe en eux ; ils constatent seulement l'impossibilité dans laquelle ils se trouvent d'accomplir ce qu'on leur demande.

Notre malade est restée hémianesthésique pendant quelques jours; mais où l'on voit que cette anesthésie était bien psychique, c'est que j'ai pu réveiller la malade en la piquant sur le bras anesthésique : surprise pendant son sommeil elle n'avait pas pu faire l'inhibition de sa sensibilité.

A son réveil, elle ne s'est pas rappelé que je l'avais piquée du côté droit et elle a maintenu son anesthésie.

Par contre, quand quelques jours après, au cours d'une lecture, elle a machinalement placé sa main devant l'œil gauche et qu'elle s'est ainsi rendu compte, par hasard, que l'œil droit commençait à voir de nouveau, elle n'a pas eu le temps de faire l'inhibition de la vision et l'anesthésie a disparu petit à petit : le soir elle n'existait plus. L'hémianesthésie tout entière a disparu du même coup.

A la suite de cette surprise, l'auto-suggestion s'est trouvée neutralisée, comme celà s'était passé pour le malade de M. Grasset, avec cette différence que c'est pendant son sommeil que le malade a eu la preuve de l'intégrité de sa sensibilité, tandis que notre jeune fille était éveillée quand elle s'est aperçue qu'elle voyait.

Dans ces deux cas, tous les symptômes psychiques ont disparu simultanément.

OBSERVATION VIII

(Inédite. Service de M. Bernheim, 1905).

Vomissements nerveux. — Pas d'anesthésie. — Création de l'anesthésie par l'exploration médicale.

Juliette D..., âgée de 17 ans, ouvrière en chaussures, entre à l'hôpital le 16 novembre 1904.

Depuis quelque temps, elle tousse et a des hémoptysies. A l'examen de la poitrine on trouve une expiration soufflée dans les deux fosses sus épineuses avec retentissement de la voix.

Il y a trois mois, à la suite d'une frayeur, elle aurait eu une violente crise de nerfs.

A l'âge de 10 ans, elle aurait déjà eu des crises caractérisées par de l'oppression, une sensation de strangulation et des tremblements.

Il y a huit jours elle aurait eu, pendant une semaine, une sensation de *barre* au creux épigastrique et, pendant tout ce temps, elle vomissait tout ce qu'elle prenait.

Examinée une première fois au point de vue de la sensibilité, on constate qu'elle est *égale* partout.

Le lendemain on trouve que l'avant-bras gauche est complètement anesthésique jusqu'au coude.

Le surlendemain, l'avant-bras droit est devenu spontanément anesthésique, et la zone d'anesthésie remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du coude.

Des deux côtés il semble que le sens musculaire n'existe plus ; la malade interrogée sur la position occupée par sa main, se trompe dans chacune de ses réponses.

Par la suggestion on a vite fait de restaurer la sensibilité.

C'est encore un exemple d'anesthésie créée de toutes pièces par le médecin qui examine. Si l'on n'était pas prévenu, on croirait à coup sûr que cette anesthésie est spontanée, mais ici l'étiologie est évidente. La malade sentait parfaitement et ce n'est qu'après plusieurs examens qu'il s'est développé chez elle une anesthésie de l'avant-bras droit. La malade n'a pas paru autrement étonnée de l'existence de ce symptôme : il s'était fait dans son cerveau un travail inconscient ; elle pense que cette anesthésie a toujours existé, elle ne se rend pas compte que c'est son psychisme qui l'a créée.

Qu'on ne m'objecte pas que ces malades simulent, que leur anesthésie est une anesthésie de complaisance : tous ceux qui ont étudié ces malades savent bien qu'ils ne simulent pas (1).

OBSERVATION IX

M. Bernheim (*Hypnotisme, Suggestion*, p. 960).

Contusion épigastrique : accès de douleurs lancinantes dans la région ombilicale ; vertiges. — Hémianesthésie sensitivo-sensorielle créée par suggestion médicale.

Résumé. — B..., âgée de 21 ans, journalière, entre à l'hôpital le 22 avril 1890. Elle avait reçu un coup dans la région épigastrique.

Après avoir rapidement constaté, sans appeler l'attention sur ce fait, que la *sensibilité existe partout*, je dis devant les

(1) Bergson. De la simulation inconsciente dans l'état d'hypnotisme. *Revue philosophique*. Nov. 1886.

élèves : « Il arrive souvent, à la suite de ces accidents, que la sensibilité est abolie dans toute la moitié gauche du corps, à un tel point qu'on peut piquer les malades sans qu'ils le sentent. Alors aussi les malades n'entendent pas de l'oreille gauche, ne sentent pas de la narine gauche, ne voient pas de cet œil, etc. » Cela dit j'explore la sensibilité et à la grande surprise des élèves je constate une hémianesthésie avec hémianalgésie gauche très bien caractérisée. Aussitôt que l'épingle arrive vers la ligne médiane, à un centimètre environ à gauche de cette ligne, elle sent vivement. Le sens musculaire aussi est aboli à gauche. L'hémianesthésie est aussi sensorielle. La narine gauche ne sent rien ; un flacon d'acide acétique placé devant elle ne produit pas de réaction et elle dit ne rien sentir. Si je le mets devant l'orifice nasal droit, elle recule vivement et dit : c'est du vinaigre. Elle affirme ne pas entendre le tic-tac de la montre devant l'oreille gauche. Je mets du sel sur le bord gauche de la langue en lui disant : c'est du sucre. Elle ne perçoit rien. Je le place sur le bord droit, elle perçoit et reconnaît que c'est du sel.

L'hémianesthésie visuelle est moins nette : si je ferme l'œil droit, elle dit d'abord ne rien voir de l'œil gauche ; si j'approche une épingle de la cornée, elle ne perçoit pas d'abord, puis si je la tiens quelque temps devant elle, elle la voit. Cette hémianesthésie existe encore le lendemain et peut être facilement supprimée par la suggestion.

On voit donc avec quelle facilité la suggestion peut créer une anesthésie : que d'autres nerveux placés à côté de cette malade aient entendu les paroles de M. Bernheim, ils se les assimilaient et pouvaient réaliser chez eux une hémianesthésie qui, à l'exploration médicale, aurait paru absolument spontanée. Il en est ainsi pour beau-

coup d'anesthésies étudiées dans les services hospitaliers.

J'insiste spécialement sur ce fait que toutes les observations que je viens de relater ne sont pas exceptionnelles, mais que, tous les jours, nous en observons de semblables à la clinique.

B. — Anesthésies greffées sur des lésions organiques

Dans la généralité des cas, l'anesthésie se développe de la façon suivante : une hémorrhagie cérébrale, une affection médullaire, une névrite, un traumatisme ou une affection locale, créent, dans certaines régions, une hypoesthésie ou une anesthésie passagère. Le sensorium du sujet enregistre ces symptômes et les transforme : l'hypoesthésie persistante devient une anesthésie complète par exemple, et l'anesthésie passagère, entretenue et amplifiée par le psychisme, peut se transformer en une anesthésie complète et définitive, par auto-suggestion.

Dans ces cas, la thérapeutique suggestive sera très utile pour faire le départ de ce qui est organique et de ce qui est psychique.

Ainsi, lorsqu'une lésion organique affecte le tiers postérieur de la capsule blanche interne (faisceau sensitif), il y a une hémianesthésie réelle plus ou moins prononcée, suivant que la lésion intéresse tout le faisceau sensitif ou

une partie seulement. L'auto-suggestion transforme cette hémianesthésie en une hémianesthésie plus complète.

Dans ces cas, la suggestion restaure la sensibilité, si elle est totalement perdue, mais elle laisse subsister l'anesthésie qui revient à la lésion organique.

Elle supprime ce que le psychisme a ajouté à l'anesthésie réelle, due à l'altération matérielle du faisceau sensitif.

D'autres fois, le faisceau sensitif, sans être atteint directement par la lésion, peut subir un choc de voisinage, qui engendre l'anesthésie : c'est une *anesthésie dynamique*. Ce trouble dynamique, produit par le choc, peut disparaître, et l'anesthésie survivre par auto-suggestion ; dans ce cas, on le comprend, la suggestion restaure complètement la sensibilité.

Si par une thérapeutique suggestive on arrive à supprimer d'une façon absolue l'anesthésie d'un sujet, on peut affirmer que cette anesthésie n'a plus de substratum matériel.

La réciproque n'est pas toujours vraie, car il y a des anesthésies exclusivement nerveuses, et qui sont pourtant très rebelles à la suggestion : l'auto-suggestion étant plus forte. C'est pour ces dernières surtout, qu'il est utile de pratiquer toutes les épreuves que j'ai indiquées, parce qu'elles permettent de reconnaître, à coup sûr, la nature psychique d'une anesthésie.

Dans les observations qui suivent, on n'a pas recherché d'une manière systématique, tous les caractères des anesthésies nerveuses. C'est la disposition, la topographie de l'anesthésie qui, chaque fois, a donné l'idée qu'il s'agissait d'une insensibilité psychique : la guérison

obtenue par suggestion, a montré qu'on ne s'était pas trompé.

Une lésion organique qu'elle affecte, le cerveau, la moelle, ou les nerfs périphériques peut produire des troubles de la sensibilité.

1° Localisation cérébrale

Dans ces cas, l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, peut s'ajouter directement, par pur dynamisme psychique, à l'hémiplégie organique ; elle peut être créée de toutes pièces par l'exploration médicale, qui fait de la suggestion inconsciente ; elle peut se greffer par auto-suggestion sur une diminution de la sensibilité de cause organique, grossie par le psychisme, et transformée en anesthésie complète ; elle peut avoir une origine réelle organique par retentissement d'une lésion de voisinage sur les voies sensitives intra-cérébrales ; mais ce trouble fonctionnel qui devrait être passager, peut survivre au choc, c'est-à-dire à la réalité organique, comme image psychique retenue par auto-suggestion (1).

Il n'est pas besoin que le sujet soit hystérique pour que ce phénomène s'accomplisse.

BERNHEIM. *Loc. citat*, p. 285.

OBSERVATION X

(M. Bernheim. — *Hypnotisme, suggestion*, page 281)

Foyer hémorrhagique intéressant le tiers postérieur de la capsule blanche interne et intéressant aussi directement ou dynamiquement (par voisinage), les deux tiers antérieurs. Exagération par auto-suggestion de l'hémianesthésie.

L..., quarante-huit ans, chapelier, entre à la clinique le 5 janvier 1902, pour une hémiplégie avec *hémianesthésie gauche* datant de sept semaines. Début brusque, sans prodomes, sans perte de connaissance, le matin, en voulant sortir du lit. Il ne put se lever et marcher avec un bâton que le cinquième jour.

Actuellement, le malade marche en fauchant, tenant le genou et le cou-de-pied raides. Il peut fléchir et étendre les orteils gauches mais ne peut fléchir le cou-de-pied. Couché, il soulève la jambe gauche péniblement jusqu'à dix centimètres, puis la laisse retomber. Il exécute tous les mouvements de la main et de l'avant bras gauches, mais il ne lève le bras que jusqu'à l'horizontale et ne l'y maintient que pendant quatre secondes. Le dynamomètre donne 47 de la main droite ; 0 de la main gauche. La face n'est pas déviée. Les réflexes tendineux ne sont pas exagérés. On constate une cicatrice chancreuse sur le gland ; le malade n'accuse pas de manifestations secondaires, ni d'autres antécédents morbides.

Il existe en outre une *hémianesthésie gauche complète* occupant la face, le tronc et les membres, avec hémianalgésie et anesthésie thermique. La sensibilité des muqueuses nasale, labiale, oculaire, est abolie à gauche. Les sensibilités sensorielles sont en grande partie éteintes. Le malade

ne perçoit pas le vinaigre de la narine gauche ; il ne perçoit pas le sel sur le côté gauche de la langue ; il n'entend la montre à gauche qu'à deux centimètres de l'oreille, à droite à quinze centimètres.

La vision de l'œil gauche est brouillée ; il se trompe sur certaines couleurs, ne reconnaît pas les doigts au-delà de cinquante centimètres : acuité visuelle de 0,3. L'examen périmétrique montre un rétrécissement notable du champ visuel gauche. L'examen ophtalmoscopique dénote une décoloration manifeste, de la *rétine* gauche, sans trace de névrite ancienne.

Il s'agit évidemment d'une lésion organique intéressant la capsule blanche interne.

Et cependant, je trouve dans les détails de cette hémianesthésie en apparence si nette, quelque chose qui me fait soupçonner un élément psychique.

D'abord la ligne frontière *n'a rien de fixe :* elle est variable à chaque examen.

En second lieu, la veille au soir, l'interne du service M. Rueff, avait interrogé la sensibilité et constaté cette hémianesthésie, mais moins accentuée, plus indécise, le malade sentait parfois la piqûre ; ou bien il ne savait pas trop s'il sentait ou ne sentait pas ; c'était plus vague. Aujourd'hui, la réponse est précise, l'esprit du sujet, actionné par l'idée du symptôme, l'avait perfectionné. La veille le sens musculaire était parfait.

Aujourd'hui, il est altéré, mais non aboli. Le malade sent quelquefois, mais pas toujours nettement la position de sa main gauche.

Du sel appliqué sur le côté gauche de la langue n'est pas perçu, le malade ne sent rien. Alors même que ce sel s'est répandu sur le côté droit sensible de la langue, le sujet ne le perçoit pas. Si alors je mets directement un nouveau

grain sur ce côté droit, le sujet perçoit immédiatement. Le défaut de perception était donc purement psychique.

Les indications visuelles, fournies par le malade, indiquent aussi un état spécial d'imagination créé par autosuggestion. On lui présente un crayon qu'il ne reconnaît pas. On lui demande combien d'objets il voit, il dit trois. On lui montre deux doigts, il en voit quatre. On lui montre trois doigts, il en voit deux, se trompant ainsi chaque fois avec ingénuité.

Je formule le diagnostic suivant : Foyer hémorrhagique intéressant le tiers postérieur de la capsule blanche interne (faisceau sensitif) et intéressant aussi directement ou dynamiquement (par voisinage) les deux tiers antérieurs (faisceau pyramidal). Exagération par auto-suggestion de l'hémianesthésie.

Pour dégager cet élément psychique, j'ai recours, le 17, à l'aimantation suggestive. Application d'un pseudo-aimant à la face gauche, et de deux autres sur la jambe et la main, avec affirmation que la sensibilité va revenir.

Après trois quarts d'heure d'application, la sensibilité est restaurée.

Le malade sent qu'on le touche, indique les points de la peau touchés (ses yeux étant fermés). Le froid et la chaleur sont perçus, la force dynamométrique a aussi augmenté, la main gauche donne 10 à 12, la droite 53. Mais la sensibilité restaurée reste moindre à gauche qu'à droite ; la piqûre d'épingle est perçue comme sensation tactile, non comme douleur. Il reste de l'hypoesthésie avec analgésie.

Le malade reconnaît le nombre des doigts, ne se trompe plus sur les couleurs, il reconnaît un crayon, mais pas une épingle.

Le sel et le vinaigre sont perçus, mais moins nettement qu'à droite. Le tic-tac de la montre est entendu à cinq centimètres de l'oreille gauche.

En continuant la suggestion pseudo-magnétique les jours suivants, on obtient encore une certaine amélioration.

Le 2 février, au bout de seize jours, le dynamomètre donne 56 à droite, 20 à gauche. Mais le malade marche toujours en fauchant. L'oreille gauche entend jusqu'à seize centimètres, l'oreille droite à trente.

La sensibilité restaurée se maintient, mais reste toujours diminuée, et l'hémianalgésie persiste, rebelle à la suggestion. A l'esthésiomètre la main droite sent deux pointes à onze millimètres de distance, tandis que la main gauche exige une distance de six centimètres. Sur le thorax, il faut trois centimètres à droite, onze à gauche. Sur le pied, 3 cm. 4 à droite, 6 cm. 8 à gauche.

L'examen périmétrique de l'œil, fait le 27 janvier, montre que le rétrécissement concentrique du champ visuel gauche persiste à peu près au même degré ; l'acuité visuelle est, à gauche, de 0,3 ; à droite, champ visuel normal, acuité 0,8.

Un fait montre encore combien l'élément psychique intervient, et doit être dégagé, quand on prend le périmètre ou même l'acuité visuelle. Cette expérience a été faite avec M. le docteur Abt. En mettant au malade des lunettes avec verres plans et affirmant que ces verres augmentent la vision, le périmètre de l'œil gauche s'élargit de 10°, l'acuité visuelle qui était de 0,2 devient alors de 0,3. A droite, le périmètre n'est pas modifié par cette suggestion, mais l'acuité visuelle s'élève de 0,5 à 0,8.

Les choses restent dans cet état. La suggestion continuée ne perfectionne plus les sensibilités. Elle n'a fait que dégager ce que le psychisme avait ajouté et remettre les anesthésies sensitive et sensorielle au degré adéquat à la lésion.

Chez ce malade le psychisme a amplifié une hémianesthésie déjà existante, provoquée par une lésion du tiers

postérieur de la capsule blanche interne. Grâce à la suggestion on a pu détruire ce que l'imagination du malade avait ajouté aux symptômes dus à la lésion organique. De cette façon on a nettement dégagé l'élément psychique de l'élément organique. Du reste, l'examen médical même, avait aussi exagéré cette anesthésie : le malade, examiné une première fois, avait une anesthésie indécise, tandis que le lendemain cette anesthésie est devenue absolument fixe et complète. Cette particularité seule devait déjà faire penser à l'intervention d'une auto-suggestion inconsciente dont la thérapeutique suggestive a, si j'ose ainsi dire, établi la responsabilité.

OBSERVATION XI

M. Bernheim (*De la Suggestion*. obs. I. p. 308).

Hémiplégie gauche avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle datant de un an. — Hémiplégie droite passagère. — Guérison de l'hémianesthésie par suggestion. — Autopsie.

H..., marcaire, âgé de 64 ans, eût une attaque d'apoplexie le 3 décembre 1879. Transporté à l'hôpital de Saint-Nicolas-du-Port, il ne sortit du coma qu'au bout de quatre jours. Il était atteint d'*hémiplégie gauche avec déviation de la face et difficulté de la parole*. Vers le 15 janvier, son bras gauche devenait *raide* et il s'y établit un *tremblement* qui envahit bientôt la jambe gauche et a continué en s'aggravant depuis ce jour.

Le 18 janvier, le malade eût une nouvelle attaque qui laissa après elle une hémiplégie droite qui ne dura pas.

A son entrée à l'hôpital on constate que la *sensibilité générale est abolie à gauche*, tant pour le tact que pour la

douleur et la température. A droite, elle existe un peu obtuse. Du côté gauche, la notion de position des membres est abolie.

L'œil gauche ne distingue que le clair de l'obscur, n'a aucune perception des objets, ni des couleurs, le champ visuel est nul. A l'ophtalmoscope, léger staphylome postérieur : quelques taches pigmentaires à la partie inférieure de la papille. L'œil droit a son champ visuel normal, distingue les objets et les couleurs ; myopie par staphylome postérieur.

L'oreille gauche ne perçoit que le tic-tac d'une montre appliquée contre elle. La moitié gauche de la langue anesthésiée est insensible à la coloquinte ; la pituitaire gauche ne réagit pas à l'odeur de l'acide acétique ; l'ouïe, le goût et l'odorat sont conservés à droite.

L'intelligence est nette ; ni céphalalgie, ni vertige, ni sensation anormale dans les membres ; articulation des mots normale.

Le 25 décembre 1880, une barre aimantée est appliquée le long de la face externe de la jambe, pôle négatif en haut, et laissée en place pendant 24 heures. Le malade n'accuse aucune sensation anormale.

Le 28 décembre, on constate que les sensibilités tactile, thermique et à la douleur ont reparu dans la jambe, mais très obtuses. Deuxième séance pendant 24 heures. Dans la nuit, fourmillements pendant quatre heures dans le membre.

Le 29 décembre la piqûre d'une épingle est perçue à la plante du pied et détermine des réactions réflexes. Sensibilité obtuse dans la jambe, plus obtuse encore à la cuisse. L'anesthésie persiste dans les autres régions. Dans la journée, quelques lancements douloureux dans le mollet et le gros orteil.

Le 30 décembre la sensibilité persiste, mais obtuse, dans le membre inférieur.

Le 31 décembre, à 8 heures du soir, troisième séance : la barre aimantée est appliquée sur le côté gauche de la face, le pôle négatif à la tempe, le pôle positif contre le thorax, au niveau de la troisième côte, fixée par une bande. — Quelques minutes après, le malade dit ressentir des élancements dans la région frontale et dans les yeux, surtout à gauche, avec perception de rayons jaunes et de mouches noires. A quatre heures du matin, au moment où l'on éclaire la salle, le malade constate que l'œil distingue.

Le 1er janvier, à la visite, nons constatons que tous les modes de sensibilité ont reparu dans tout le côté gauche.

L'œil voit, l'oreille gauche perçoit le tic-tac d'une montre placée à 17 centimètres à gauche, à 26 centimètres à droite. Goût et odorat revenus à gauche.

Le 2 janvier, ce résultat se maintient ; la sensibilité est égale des deux côtés. Le champ visuel est le même qu'à droite...

Le malade reste dans cet état pendant deux ans et meurt d'une asystolie d'origine pulmonaire.

Autopsie. — *Examen du cerveau.* — Œdème sous-arachnoïdien assez notable.

Hémisphère gauche. — Foyer de ramollissement légèrement ocreux, ayant 0 m. 012 de largeur, 0 m. 018 de diamètre antéro-postérieur sur la convexité du lobe occipital, immédiatement derrière le sillon qui le sépare du lobule pariétal inférieur.

Hémisphère droit. — En faisant des coupes horizontales, arrivé au niveau de la face supérieur du corps strié, on tombe dans une *cavité sphérique contenant un liquide* séreux, tapissée par une fausse membrane jaune ocreux, lisse, séreuse, se laissant détacher facilement ; cette cavité, étalée,

mesure 0,025 d'avant en arrière, 0,03 de largeur, 0,02 de hauteur. A ce niveau, ce foyer est situé *immédiatement en arrière de l'extrémité postérieure de la couche optique* et de la région de la capsule blanche interne, contigu en dehors par sa partie antérieure au segment postérieur de l'insula, vers son bord supérieur. Ce segment aminci présente un orifice de 0 m. 003 qui s'ouvre dans une excavation que nous trouvons dans les coupes suivantes.

Une seconde coupe à un centimètre environ au-dessous montre *la couche optique et le corps strié ramollis dans leur 1/3 postérieur avec la portion de la capsule blanche intermédiaire.* La longueur du ramollissement à ce niveau est de quatre centimètres dont un centimètre et demi ont conservé leur coloration blanche, le restant du tissu étant mou, déchiqueté, jaune ocreux; la capsule blanche est ramollie dans une étendue antéro-postérieure de 1 cm. 8.

Sur une troisième coupe, à un centimètre environ au-dessus, on voit la cavité se prolonger *dans le 1/3 postérieur de la capsule blanche externe de l'avant-mur*; sa paroi externe est constituée par la substance grise du trou postérieur du lobule de l'insula. La capsule blanche externe mesurant à ce niveau trois centimètres et demi de longueur, le foyer en comprend 2 cm. 3. A ce niveau, presque toute la moitié du segment externe du corps strié est détruite; les deux segments internes, dans une étendue de sept millimètres, depuis leur extrémité supérieure, présentent une teinte ocreuse. Enfin, sur la même coupe, la lésion s'avance dans la capsule blanche interne, jusqu'à l'origine du 1/3 postérieur ; le tissu est ramolli là dans une étendue de cinq millimètres seulement d'avant en arrière et la lésion affleure le bord externe de la couche optique, sur lequel elle empiète dans une profondeur de quatre à cinq millimètres.

Une quatrième coupe au-dessous ne montre plus rien.

Le mésocéphale, le bulbe et la moelle conservés, ne présentent pas de sclérose descendante du faisceau pyramidal.

Cette observation est surtout intéressante par le procès-verbal d'autopsie. qu'elle contient. Le faisceau sensitif de la capsule blanche du côté droit a été détruit en partie et cependant il a été possible de restaurer la sensibilité d'une façon très convenable. C'est que, vraisemblablement, l'anesthésie était surtout psychique : je n'ai pas besoin d'ajouter que l'influence des aimants est purement suggestive : le fait est suffisamment démontré aujourd'hui.

On voit aussi avec quelle fixité peuvent se présenter ces anesthésies nerveuses : celle du malade durait depuis un an, accompagnée il est vrai d'autres symptômes dynamiques; la suggestion à faire disparaître tout ce qui n'était que dynamique, et n'a laissé subsister que les symptômes adéquats à la lésion organique. Bien plus, elle a permis aux fibres restées intactes de la capsule blanche, de suppléer, en quelque sorte, celles qui avaient été détruites.

OBSERVATION XII

(M. Bernheim. *Hypnotisme, suggestion*, p. 274.)

Lésion problable de la bandelette optique en arrière du chiasma. — Hémiopie. — Hémianesthésie surajoutée par le psychisme. — Disparition de l'hémianesthésie. — Persistance de l'hémiopie.

Mme X..., journalière âgée de trente-six ans, entrée à la clinique ophtalmologique de Nancy, le 7 janvier 1902, est soumise à mon examen, par mon collègue M. Rohmer, le 9.

Mère de dix enfants, dont un seul est vivant, les autres morts en venant au monde prématurément, de six mois à

sept mois et demi; ayant eu, depuis l'âge de 19 ans, trois ou quatre atteintes de rhumatisme articulaire, de la durée de trois mois; n'accusant pas d'antécédents spécifiques, elle a, depuis six ans, des attaques d'épilepsie, en moyenne deux à trois par mois, bien caractérisées, sans autres symptômes; elle n'aurait jamais eu de *manifestations hystériques.*

Il y a quinze jours, pendant qu'elle poussait une brouette, la malade tout d'un coup ne la vit plus distinctement, ayant comme un brouillard devant les yeux. On dut ramener la brouette, et elle-même suivit la personne qui la ramenait. Le trouble visuel a persisté depuis avec une céphalagie frontale gauche continue non aiguë, qui a un peu diminué depuis quelques jours. La malade a continué à faire son ménage, tant bien que mal, jusqu'à son entrée à l'hôpital. Là, on constate, le 7 janvier, une dimunition du *champ visuel des deux* yeux plus marquée à gauche, avec hémianopsie latérale gauche.

L'acuité visuelle est de un quarantième à gauche, un dixième à droite. Rien d'anormal à l'examen ophtalmologique. De plus, *paralysie des mouvements associés* des globes oculaires vers la gauche.

On constate en outre une diminution de sensibilité, hypoesthésie du côté gauche du corps sans hémiplégie.

J'examine la malade le 9 janvier. Je trouve les traces d'une ancienne bacillose cicatrisée au sommet gauche (matité et expiration soufflée sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse), une très légère hypertrophie du cœur gauche, sans albumine ; aucune trace de paralysie motrice.

Je recherche l'hémianesthésie : la malade, les yeux ouverts, affirme bien sentir quand on touche la moitié gauche du corps, mais elle ne réagit pas à la douleur. Je répète l'expérience, les yeux de la malade étant fermés. Alors l'hémianesthésie est complète avec hémianalgésie, à peu

près limitée à la ligne médiane, intéressant la face, le tronc et les membres. De plus, hémianesthésie olfactive (odeur du vinaigre non perçue dans la narine gauche), gustative (sel non perçu sur la moitié gauche de la langue), diminution de la sensibilité auditive (tic-tac de la montre perçu seulement jusqu'à trois centimètres de l'oreille gauche).

L'hémianesthésie n'ayant pas été constatée si complète à la clinique ophtalmologique, ni à mon premier examen, les yeux de la malade ouverts, on pouvait se demander si cette perception de la sensibilité tactile, les yeux ouverts n'était pas due à une auto-suggestion de la malade qui, voyant qu'on la touchait, affirmait sentir parce qu'elle croyait sentir.

Je cherchai alors si l'hémianesthésie constatée avait les caractères d'une hémianesthésie organique ou ceux d'une anesthésie psychique.

La ligne frontière entre la moitié sensible et la moitié insensible était-elle très précise et constante ? J'ai démontré que dans l'hémianesthésie nerveuse, cette frontière est variable et subordonnée à l'imagination capricieuse du sujet.

Cette recherche ne donna pas un résultat bien net, la malade affirmant assez bien la limite à la ligne médiane et ne se laissant pas facilement désorienter.

Je fis alors l'expérience du sens musculaire. La malade paraît avoir perdu complètement la notion de la position des membres anesthésiés, ne trouvant pas la main gauche, les yeux clos, saisissant la mienne à la place de la sienne. Je mettais sa main en l'air, elle affirmait qu'elle était au lit : je la couchais au lit, elle disait qu'elle était en l'air. Déjà cette réponse inspirait des doutes sur la réalité effective du phénomène ; car si la malade ne sentait pas sa main, elle ne devait pas savoir les yeux fermés, si elle était couchée ou levée.

De plus, elle indiquait invariablement avec ingénuité la position contraire et ne devinait jamais par hasard la position réelle. Ceci ne laissait plus de doute sur la simulation ou l'auto-suggestion.

Seconde expérience. — Je dis à la malade, ses yeux toujours fermés, de chercher la main gauche avec la droite. Elle ne trouve pas. J'ai beau mettre la main gauche sur le trajet que suit la droite, celle-ci change immédiatement de direction et évolue autour de la gauche qu'elle contourne, en évitant manifestement de la rencontrer.

Troisième expérience. — Je fais un simulacre de magnétisation des deux mains et j'affirme qu'elles vont s'attirer et se rencontrer. Cela se fait avec une certaine hésitation, mais cela se fait... Les mouvements destinés à la rencontre des deux mains se font lentement, mais toujours dans la direction nécessaire, indiquant bien que la malade sent où est sa main gauche.

Quatrième expérience. — Faite par M. Abt, chef de clinique. Les doigts de la main droite étant enchevêtrés avec ceux de la main gauche, si on pique indistinctement les uns et les autres, la malade ayant les yeux clos, elle peut dire chaque fois le nombre des piqûres faites avec l'épingle. Donc les doigts anesthésiés ont senti.

Ce sont bien là les caractères par lesquels, en variant un peu les procédés, suivant les sujets, je dépiste l'anesthésie psychique.

J'ajoute d'ailleurs que la malade ne simule pas. Elle est très sensible à la douleur du côté droit ; et du côté gauche, elle se laisse piquer, chatouiller les muqueuses, nasale et oculaire, sans manifester aucune sensation.

Le 13 janvier, je revois la malade. Même état, même hémiopie avec hémianesthésie. Les anesthésies sensorielles sont plus parfaites, l'oreille gauche n'entend plus le tic-tac

de la montre appliquée sur elle. La malade affirme ne rien voir de l'œil gauche.

On essaie de restaurer la sensibilité : la malade reste rebelle à toutes les tentatives.

Le 22 janvier, à la suite d'une crise d'épilepsie suivie de fièvre à 39° *l'hémianesthésie disparut.* Les anesthésies sensorielles n'existaient plus, la sensibilité tactile était restaurée à gauche, encore un peu plus faible qu'à droite.

Seule l'hémiopie ne s'était nullement modifiée, affirmant ainsi son mécanisme exclusivement organique.

Il y a deux symptômes importants chez cette malade, l'hémiopsie et l'hémianesthésie. La question se posait de la façon suivante : y a-t-il une lésion organique ? où siège-t-elle ? cette lésion a-t-elle aussi produit l'hémianesthésie.

On pouvait affirmer la lésion organique : le psychisme ne réalise pas d'hémiopsie ; ce symptôme ne peut être ni simulé, ni auto-suggestif, chez des malades qui en ignorent complètement l'existence.

La lésion organique qui produit l'hémiopsie siège en arrière du chiasma ; elle doit atteindre la *bandelette optique* ou son prolongement intra-cérébral sur un point de son trajet, car cette bandelette contient les fibres de la moitié homonyme des deux rétines, et commande la vision du champ latéral opposé.

Dans ces conditions, il était naturel de penser que la lésion siégeait dans la capsule blanche interne puisque celle-ci contient dans son tiers postérieur, les fibres de la bandelette optique et le faisceau sensitif tout entier.

Mais en étudiant l'hémianesthésie de la malade, on ne tardait pas à se rendre compte qu'elle avait tous les carac-

tères de l'anesthésie nerveuse. On employa contre elle la suggestion, mais sans résultat. J'ai déjà dit que les anesthésies psychiques sont parfois réfractaires à toute thérapeutique suggestive. — Malgré cet insuccès, on maintint le diagnostic — quelques jours après, la malade eût une petite crise d'hystérie et dans la suite une crise d'épilepsie, après laquelle *l'hémianesthésie avait complètement disparu*. Une anesthésie qui disparaît aussi rapidement, ne peut être que nerveuse.

Dès lors il n'était plus nécessaire de localiser la lésion organique dans la capsule blanche interne : elle pouvait siéger sur un point quelconque de la bandelette optique. L'hémianesthésie avait été créée par le psychisme ; le point de départ avait été sans doute le rétrécissement du champ visuel, de même qu'une hypoesthésie du bras gauche, par exemple, pourrait-être l'origine d'une anesthésie sensorielle du même côté.

Quant aux crises d'épilepsie, on peut les expliquer par son ancien foyer cortical devenu épileptogène, comme celà arrive assez souvent ; ce foyer pouvant être localisé en une région quelconque du cerveau.

En somme, au point de vue clinique, on a pu affirmer la nature psychique de l'hémianesthésie, et la malade, en recouvrant, d'un seul coup, sa sensibilité perdue, a donné la preuve qu'on ne s'était pas trompé.

C'est une hémianesthésie auto-suggestive greffée selon moi, sur l'hémiopie.

OBSERVATION XIII

M. Bernheim (*Hypnotisme, suggestion*. Obs. XCV, page 600)

Hémiplégie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle depuis quatre ans. Guérison graduelle en quelques jours par les aimants.

Marie-Françoise B..., chiffonnière, âgée de cinquante-cinq ans, entre au service au commencement de décembre 1880. Habituellement bien portante, elle a été frappée, il y a quatre ans, d'une attaque d'apoplexie. Un jour qu'elle étendait les bras pour suspendre du linge, elle ressentit des fourmillements dans le membre supérieur droit, partant du doigt et remontant vers l'épaule, et un grand sentiment de faiblesse dans ce membre qui resta parésié ; en même temps, étourdissement, vertige, titubation ; elle put toutefois continuer son travail. Trois semaines plus tard, montant un escalier, une hotte sur le dos, elle eût un vertige qui, au bout de quelques secondes, fut suivi de perte de connaissance. Transportée à l'hôpital de Metz, elle y serait restée pendant six mois, sans avoir sa conscience, avec selles et urines involontaires, de plus, aphasie durant plusieurs mois ; elle aurait conservé une certaine difficulté à trouver et á articuler les mots.

Au bout de huit mois, elle sortit de l'hôpital de Metz, traînant la jambe. La sensibilité du côté droit est restée abolie depuis cette époque ; le pied droit marchait comme sur de l'étoupe ; la malade sentait des fourmillements à sa plante.

Elle affirme aussi que la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe sont abolis de ce côté depuis ce moment.

Elle put reprendre l'état de chiffonnière, tant bien que mal, ayant de temps en temps, tous les ans pendant un

mois, dit-elle, quelques symptômes cérébraux, céphalalgie, vertiges, obnubilations intellectuelles.

Il y a quinze jours, elle aurait eu quelques frissons légers se répétant tous les jours, sans perte de connaissance; mais elle marcherait moins bien depuis cette époque.

Etat actuel. — Le 8 décembre, on constate : constitution moyenne, apyrexie, pouls régulier normal. Traits de la face un peu déviés à gauche, pointe de la langue un peu déviée à droite. La force musculaire est notablement amoindrie dans le membre supérieur droit, la malade fléchit et étend la main avec hésitation, parvient à porter sa main à la bouche pour manger, mais ne peut la mettre sur la tête. Le pied droit est un peu atrophié : sauf quelques mouvements d'extension et de flexion du gros orteil, les mouvements des autres orteils sont abolis. Ceux de la jambe sur la cuisse se font bien, mais lentement et par glissement, le pied restant appuyé contre le lit. Ceux de la cuisse se font bien. Pas de contracture ni de réflexe tendineux. *Hémi-anesthésie complète* de toute la moitié du corps; sens tactile, sensibilité à la température, à la douleur et sens musculaire, sont abolis ; d'où un certain état cataleptiforme des membres droits quand on les soulève, les yeux de la malade étant fermés, la malade ne sait pas si la main ou la jambe sont au lit ou en l'air.

Anesthésie des sens spéciaux. — La vision, examinée par notre collègue, M. Charpentier, le 12 décembre, donne les résultats suivants : Œil droit, acuité visuelle 3/1000; les doigts sont comptés à 20 centimètres; la malade ne peut lire de ce côté; champ visuel rétréci, mesurant 10 centimètres en dedans, 18 centimètres en dehors. Œil gauche : acuité visuelle, 6/100; la malade peut lire de cet œil et distingue les lettres à 30 centimètres. Le champ visuel, rétréci aussi de ce côté, mais à un moindre degré, offre de plus.

une hémiopie nasale partielle ; il mesure du côté externe 30 centimètres. En résumé, *amblyopie croisée du côté de l'hémiplégie, hémiopie nasale partielle du côté de la lésion. Ouïe complètement abolie à droite ;* à gauche tic-tac d'une montre perçu à 20 centimètres. *Olfaction abolie à droite,* intacte à gauche, *Sensibilités tactile et gustative abolies sur la moitié droite de la langue.*

Tel était l'état de cette malade quand, le 9 décembre, au soir, je fis appliquer deux longs barreaux aimantés, l'un sur la jambe, l'autre sur la cuisse, le pôle négatif en bas (1re séance d'aimant). Le lendemain, après 15 heures, aucune modification n'était apparente, la sensibilité restait abolie. Le malade accusait des mouvements involontaires du membre pendant la nuit.

Le 10 décembre, *deuxième séance ;* aimant contre la cuisse et la jambe, pendant quinze heures, la nuit, de 6 heures du soir à 9 heures du matin. On constate le 11, que la *sensibilité est revenue sur le pied* jusqu'à deux centimètres au-dessus de la malléole, sensibilité tactile, à la douleur, à la température, et sens musculaire, la malade sent où est son pied (au lit ou en l'air), mais ne sait où est sa jambe, ni où sont les autres membres encore anesthésiés ; elle accuse aussi depuis l'application de l'aimant des fourmillements dans le talon et dans tout le pied. Enfin elle *remue les orteils, les fléchit et les étend, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant* : elle fléchit aussi mieux son genou.

Le 11 décembre, *troisième séance :* même application de 6 heures du soir à 9 heures du matin. A 6 heures 1/2 sensibilité jusqu'à 15 cm. 1/2 au-dessus des malléoles. Le lendemain, sensibilité et sens musculaire revenus jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la rotule, dans toute la circonférence du membre ; plus parfaite à mesure qu'on se rapproche des orteils. Mouvement des

orteils, du pied, du genou plus faciles. Fourmillements douloureux toute la journée, dans le pied.

De plus, retour de la sensibilité dans la main et l'avant-bras jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du poignet, force musculaire accrue et précision des mouvements plus parfaite dans ces parties qui n'ont pas été en contact avec l'aimant. Les autres régions restent anesthésiées. Mensuration à l'esthésiomètre : deux points perçus sur la cuisse gauche à quatre centimètres, nulle à droite. Sur la jambe, au-dessus de la malléole gauche, 1 centimètre ; droite 4 centimètres. Dos du pied gauche, 6 millimètres ; droit 1 centimètre 1/4. Plante du pied, moitié postérieure gauche, 7 millimètres ; droite, 2 centimètres. Orteil gauche, 6 millimètres ; droit, 1 centimètre 1/2. Main gauche, dos. 1 centimètre 1/2 ; droite, 6 centimètres. Paume gauche, 1 centimètre ; droite, 1 centimètre 3/4.

La sensibilité, bien que moindre encore à droite, est donc plus parfaite aux extrémités.

Le 12 décembre, *quatrième séance* ; une barre aimantée est appliquée sur la cuisse, l'autre sur le côté droit de la face, le pôle positif à la tempe, le pôle négatif contre la poitrine, touchant le troisième espace intercostal. Le lendemain, sensibilité revenue à la cuisse, depuis le genou jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'arcade crurale, mais peu intense et encore accompagnée d'analgésie vers la racine du membre. A l'avant-bras, sensibilité jusqu'à 10 centimètres au-dessus du poignet ; sensibilité au niveau de la partie supérieure du trapèze, dans une hauteur de 3 centimètres environ, dans la moitié postéro-latérale du cou, et dans la région deltoïdienne jusqu'à 4 centimètres au-dessous de la clavicule, sensibilité obtuse à la tempe droite. Anesthésie des sens et des autres régions, persistante.

Le 13 décembre, *cinquième séance :* aimant appliqué pendant la journée sur la face. Le soir, sensibilité revenue sur la joue et la partie antérieure du thorax jusqu'au mamelon. La malade ressent des *bruissements d'oreille*, entend le bruit de la montre et accuse dans l'œil droit des sensations comme si elle pleurait et que l'œil remuât. Le lendemain 14 décembre, l'aimant étant resté vingt-quatre heures en plaee, sensibilité à la face, parfaite dans tout le côté, sauf sur la ligne médiane et à 2 centimètres en dehors, où elle est obtuse : sensibilité au crâne, au thorax, jusqu'à l'aine, à la face antérieure du bras jusqu'à 6 centimètres au-dessous de l'acromion.

Persistance de l'anesthésie à la partie du crâne qui est en arrière de l'apophyse mastoïde, à la face postérieure du bras, de l'avant-bras jusqu'à 3 centimètres au-dessus du poignet, au dos et à la face postérieure du tronc. Force et précision des mouvements augmentées, la malade ouvre seule sa tabatière, ce qu'elle ne faisait pas depuis longtemps. *Audition revenue à droite :* tic-tac de la montre perçu à 10 centimètres à droite, à 15 centimètres à gauche. *Vision améliorée :* dit voir plus nettement les carreaux de la chambre. Sensibilité *tactile et olfactive à droite. La muqueuse linguale reste anesthésiée* et ne perçoit pas le goût de la coloquinte.

Le 14 décembre, *sixième séance :* une barre appliquée contre la face, l'autre entre le bras et l'aisselle. Le lendemain, sensibilité dans tout le bras, la face, le crâne, les membres inférieurs, obtuse sur l'abdomen, nulle à la face postérieure du tronc. L'oreille droite perçoit le tic-tac à 14 centimètres comme la gauche : un petit bruit sec du marteau sur le plessimètre perçu à 40 centimètres hier est perçu à 2 mètres aujourd'hui. L'œil voit mieux, compte les doigts à une distance de 3 mètres, lit très bien des lettres

de 2 centimètres de hauteur. Le champ visuel a augmenté, il est de 15 à 20 centimètres : l'hémiopie gauche a disparu; olfaction persistante ; anesthésie du goût.

Le 15 décembre, *septième séance :* aimant sur côté droit de la face et l'abdomen. Le lendemain, 16 décembre, la sensibilité a reparu sur le côté droit de l'abdomen, à la face postérieure du tronc, de la dernière côte jusqu'à la région rénale : obtuse à la nuque, presque nulle au dos jusqu'au bord postérieur de l'aisselle. L'oreille perçoit le tic-tac à 32 centimètres à gauche, 35 à droite. L'œil lit à 32 centimètres de distance des lettres de 5 millimètres de hauteur. *Suppression des aimants.*

Malgré cette suppression, la sensibilité continue à se perfectionner et à se répandre sur le tronc.

Le 17, sensibilité revenue au dos, toutes les parties du corps sont sensibles. L'ouïe s'est encore améliorée, tic-tac de la montre perçu à 46 centimètres. Acuité visuelle mesurée par M. Charpentier : 1/10 à droite, 26/100 à gauche. Lit à 44 centimètres de distance. Périmètre : 25 à 30 centimètres à droite. A gauche, l'hémiopie a disparu : 20 à 25 centimètres en dedans, 30 centimètres en dehors. Olfaction parfaite, la malade prise de nouveau avec la narine droite, ce qu'elle ne faisait plus depuis plus de quatre ans. La muqueuse linguale seule reste insensible aux impressions tactiles et gustatives dans sa moitié droite.

La malade se plaint seulement de picotements et fourmillements douloureux remontant des orteils vers la racine du membre : ces mêmes fourmillements existent sur le crâne et à la face du côté droit.

Le résultat obtenu se maintient et s'est maintenu jusqu'à ce jour depuis deux mois ; le champ visuel, mesuré le 29 décembre, est resté aussi étendu, ainsi que l'acuité visuelle ; la malade lit à $1^{m},3$, l'acuité visuelle est le quart de la normale. L'olfaction et l'audition se sont maintenues.

Nous avons attendu plusieurs jours avant d'agir sur la langue pour rétablir la sensibilité gustative qui restait absente. Elle n'est pas revenue spontanément. En vain, le 22 décembre, nous avons appliqué sur la muqueuse linguale de l'écorce de quinquina qu'elle a conservée pendant une journée (hydrothérapie) pour faire appel au goût : l'anesthésie sensitive et sensorielle resta absolue.

Enfin, le 29 décembre, *12 jours après la restauration des autres sens : olfactif, visuel et auditif*, nous avons confié à la malade un petit aimant en fer à cheval, l'invitant à le mettre sur la langue : ce qu'elle fit sans paraître beaucoup s'en soucier.

Au bout de quelques heures, la fonction était rétablie. Le goût de la coloquinte est perçu aussi bien à droite qu'à gauche, et ce résultat s'est maintenu.

Si, comme il convient, on attribue aux aimants une valeur thérapeutique purement suggestive, on est d'abord frappé par ce fait que la suggestion n'a pu restaurer la sensibilité qu'avec une *certaine lenteur*.

C'est ce que nous avions déjà constaté dans le cas d'anesthésie, *nettement suggestive*, après qu'elle avait duré un certain temps : cette remarque nous avait amené à croire à la *matérialisation* de cette anesthésie.

D'autre part, on peut se demander comment la suggestion a agi dans le cas particulier.

A-t-elle restauré une sensibilité qui n'avait aucun substratum anatomique, et qui avait disparu consécutivement aux troubles moteurs, ou au choc, par la raison que le champ fonctionnel dépasse souvent le champ organique ? ou bien a-t-elle dégagé l'élément psychique de cette anesthésie complète ?

Il est difficile de le dire, parce qu'à l'époque où cette observation a été écrite, on ne s'attachait pas, avec la même rigueur, à noter si l'anesthésie avait été complètement restaurée, ou s'il persistait un certain degré d'hypoesthésie. Aussi, tout ce que l'on peut affirmer maintenant, c'est que le psychisme a joué un rôle considérable dans le développement de cette hémianesthésie sensitivo-sensorielle : On ne peut pas se rendre compte, rétrospectivement, si le faisceau sensitif a été touché dynamiquement ou organiquement, par la projection d'une embolie arrêtée dans une région voisine de la capsule blanche, ou bien, au contraire, ayant pénétré dans une des artères lenticulo-optiques qui traversent la capsule blanche elle-même.

Ce qu'il faut retenir de cette observation, c'est que la suggestion a rétabli une sensibilité disparue depuis longtemps, et que, dans ces conditions, l'anesthésie semble bien avoir été une anesthésie psychique dont l'image gardée par auto-suggestion, s'est effacée petit à petit grâce à une thérapeutique suggestive.

OBSERVATION XIV

M. Bernheim. *(De la suggestion*, obs. V, page 349*)*.

Hémiplégie avec hémianesthésie organique. — Insuccès par l'aimant sans suggestion. — Guérison avec suggestion sans sommeil.

N... (Jean), soixante-deux ans, mineur à Maxéville, est entré au service le 5 juillet, atteint depuis la veille d'une hémiplégie gauche flasque, avec hémianesthésie gauche; l'attaque avait été précédée de prodromes. Il s'agit d'une

embolie de l'artère opto-striée, avec foyer de ramollissement dans la capsule blanche interne ou dans son voisinage. *L'hémianesthésie est complète au membre supérieur, au tronc, à la face* et au membre inférieur, c'est une hémianalgésie.

Je n'insiste pas sur les détails de l'observation, inutiles à notre sujet.

Le 11 juillet, l'analgésie avec anesthésie restait complète sur le membre supérieur, ainsi que l'abolition du sens musculaire ; la sensibilité était un peu revenue sur le membre inférieur, mais très obtuse ; celui-ci n'exécute encore que de légers mouvements ; quelques légers mouvements aussi dans l'avant-bras et la main.

Un aimant est appliqué sur la face dorsale de la main et du poignet, il est laissé en permanence pendant trois jours, les 11, 12 et 13 juillet.

L'anesthésie et la paralysie restent les mêmes.

Les jours suivants, le malade a une névralgie sus-orbitaire, qui est combattue par le sulfate de quinine et qui ne cède définitivement qu'à partir du 20. L'anesthésie persiste la même. La paralysie motrice diminue, le malade soulève le bras gauche à angle droit, plie le coude ; il lève la jambe jusqu'à 25 centimètres de hauteur.

Le 22, on fait une nouvelle application de l'aimant qui est laissé en place.

Le 24, on constate que malgré l'application de l'aimant, l'anesthésie reste absolue. On continue à appliquer l'aimant, mais en affirmant au malade que l'aimant va provoquer le retour de la sensibilité, qu'il sentirait sa main et saurait reconnaître sa position.

Le 25, il dit sentir mieux son bras ; cependant la sensibilité explorée reste douteuse. On réitère la suggestion à l'état de veille. Le 26, la sensibilité tactile existe, mais ob-

tuse; légère sensibilité à la piqûre d'épingle; le sens musculaire n'est pas revenu. On réitère la suggestion avec l'aimant, sans sommeil.

Le 28, la sensibilité tactile existe très nette dans tout le membre, ainsi que la sensibilité à la douleur et le sens musculaire (notion de la position du membre). La sensibilité tactile est revenue aussi, plus nette sur le membre inférieur et le tronc. L'aimant est enlevé, et le résultat obtenu se maintient.

Ce fait montre encore l'existence d'une hémianesthésie nerveuse, qui a disparu assez rapidement sous une influence suggestive. L'emploi des aimants, indépendamment de toute suggestion, n'avait donné aucun résultat. Il est certain que si l'on avait appliqué à l'étude de cette anesthésie, les procédés d'exploration que j'ai exposés, les résultats auraient été positifs.

Dans ce cas, il semble bien que le faisceau sensitif n'avait pas été touché par le foyer hémorrhagique, et qu'il s'agissait d'une influence de voisinage par action purement dynamique.

OBSERVATION XV

(Inédite. Clinique de M. Bernheim, 1905).

Hémiplégie droite avec hémianesthésie du même côté. — Guérison complète de l'hémianesthésie par suggestion. — Autopsie.

T..., âgé de 56 ans, entre à l'hôpital au mois d'aût 1905.

Il aurait eu, il y a un an, une première attaque qui a laissé après elle une hémiplégie droite, avec conservation de la parole.

Il existe une hémianesthésie droite respectant la sensibilité spéciale ; cette anesthésie est profonde : on peut piquer et pincer le malade sans qu'il réagisse.

J'essaie, par la suggestion, de restaurer la sensibilité. Je pensais qu'il s'agissait d'une anesthésie psychique, parce que, suivant les jours et la façon de l'explorer, elle dépassait la ligne médiane ou bien s'arrêtait à un ou deux travers de doigt en deçà.

D'autre part, à certains moments, le malade semble légèrement sentir.

Après cinq séances de suggestion par la parole, l'aimant, l'électricité, les frictions, la sensibilité est complètement restaurée.

Dans les derniers jours de septembre, le malade a une nouvelle attaque.

On constate alors que l'hémiplégie droite est plus complète.

Il existe une tendance à la déviation conjuguée des yeux et de la tête.

La bouche est grande ouverte ; les sensibilités sont obtuses; l'intelligence est diminuée, mais non supprimée.

Le malade doit être sondé. — Quelques jours après la situation s'aggrave.

Le malade fait ce qu'on lui dit, mais ne prononce aucune parole. La température est à 40° le soir, et 38°4 le matin. Le pouls varie entre 136 et 160.

Le lendemain, la respiration est sibilante, laborieuse. La paralysie est flasque. Aucune réaction à la piqûre à la plante des pieds.

Analgésie double.

Une escharre s'est produite sur la fesse droite.

Le malade meurt dans le coma.

Autopsie. — On ne constate pas de thrombus dans les

artères de la base : il existe beaucoup de liquide sous arachnoïdien.

Les circonvolutions fronto-pariétales ascendantes, la circonvolution de Broca, sont intactes.

Bref, on ne constate rien à la surface du cerveau. En ouvrant la scissure de Sylvius, du côté gauche, on constate un ramollissement superficiel jaune, 3 cm. 5 de profondeur, 2 cm. de largeur, et 1 de hauteur.

Il empiète sur la première circonvolution temporale et sur la partie toute postérieure du lobe de l'insula. Il s'étend en profondeur jusqu'à la capsule blanche, qui est indemne dans son tiers postérieur.

Un autre foyer plus petit et tout à fait superficiel, siège à la partie antérieure et inférieure du lobe de l'insula.

Enfin, en ouvrant le cerveau, on trouve dans la capsule blanche externe, un foyer hémorrhagique récent, qui a quatre millimètres de diamètre environ. Ce foyer empiète légèrement sur le noyau lenticulaire.

Dans les poumons, il y a de nombreux foyers de pneumonie lobulaire.

C'est encore un exemple d'hémiplégie droite avec hémianesthésie psychique du même côté. La suggestion a restauré assez rapidement la sensibilité, prouvant ainsi la nature psychique de cette anesthésie.

L'autopsie a montré que le faisceau sensitif n'avait pas été touché par la lésion. Vraisemblablement, que sous l'influence du choc cérébral produit par la première hémorrhagie, il s'était produit une anesthésie ou une hypoesthésie passagères, transformées par le psychisme en anesthésie complète et durable. La suggestion, dans ce cas, peut restaurer complètement la sensibilité.

La dernière hémorrhagie, quoique n'intéressant pas non plus le faisceau sensitif a, néanmoins, produit une analgésie complète des deux côtés.

Peut-être que, si le malade avait survécu, on aurait pu voir se développer une anesthésie psychique, n'ayant aucun substratum anatomique, et que la suggestion aurait guérie comme la première fois.

Ainsi se trouve démontrée, par la lecture de toutes ces observations, la possibilité d'anesthésies psychiques greffées sur des troubles moteurs d'origine cérébrale.

L'auto-suggestion a maintenu une anesthésie qui a existé à un moment donné, ou a créé une anesthésie complète, là où il n'y avait qu'une légère hypoesthésie.

Quel est le point de part de cette auto-suggestion ? Est-ce l'hémiplégie elle-même qui a suggéré au malade l'hémi-anesthésie, ou bien le choc provoqué par l'hémorrhagie ou l'embolus, a-t-il retenti dynamiquement sur le faisceau sensitif, créant ainsi une anesthésie passagère qui est devenue définitive ?

Il serait difficile d'avancer une affirmation : sans doute ces deux causes interviennent.

Lorsque le faisceau de la sensibilité a été touché, le syndrôme hémianesthésie s'explique plus facilement ; le mécanisme de cette auto-suggestion est alors le même que celui que nous aurons à invoquer pour interpréter les anesthésies d'origine médullaire ou périphérique, dont on va lire des observations dans le paragraphe suivant.

3° Localisation médullaire

Les affections médullaires diffuses ou systématisées peuvent être l'origine d'anesthésie nerveuse ; soit que le malade associe à la paralysie de la motilité, celle de la sensibilité, soit qu'une hypoesthésie réelle, dûe à la lésion, donne naissance à une anesthésie plus complète.

Lorsque certains sujets éprouvent dans leurs membres des sensations anormales, de fourmillements, de picotements, de crampes, ils peuvent y ajouter par auto-suggestion, les anesthésies les plus bizarres par leur topographie.

Le tabes qui affecte la sensibilité médullaire et les nerfs radiculaires sensitifs, peut créer des anesthésies partielles ou des hypoesthésies : ce sont plutôt des diminutions de sensibilité, que des anesthésies totales, mais elles peuvent aussi s'exagérer par l'exploration médicale ou par auto-suggestion du malade, et devenir ainsi totales.

C'est à la faveur de la suggestion, créée par l'exploration médicale, que cette anesthésie se développe en bracelet, en brodequins, en masque, en gigot, etc, ; car nous n'avons jamais vu spontanément une délimitation topographique aussi précise, et quand nous l'avons trouvée déjà réalisée, ou créée chez le malade, nous avons toujours pu établir que cette topographie pouvait être modifiée facilement ; il suffisait pour cela, de fermer les yeux au malade et de l'empêcher de voir la ligne de démarcation : dans ces conditions, on faisait varier la forme de l'anesthésie, alors qu'elle restait constante quand le malade avait les yeux ouverts.

Il s'agit donc là aussi de troubles anesthésiques réels,

systématisés souvent par suggestion médicale inconsciente, et quelquefois par le sensorium même du sujet.

En tout cas, l'existence de ces anesthésies, souvent inexplicables par une lésion médullaire ou névritique, parce qu'elles ne correspondent pas à un trajet nerveux bien défini, pas plus du reste que l'existence d'une hémianesthésie, ne peuvent suffire à autoriser le diagnostic d'hystérie tabétique ou d'association de tabes avec hystérie, car nous avons vu que ces troubles nerveux peuvent se greffer sur toutes les maladies, ou être créés par l'exploration médicale chez des sujets qui ne sont nullement hystérisables.

Encore une fois, anesthésie psychique et hystérie ne sont pas corrélatives.

OBSERVATION XVI

(Clinique de M. le Professeur SPILLMANN. 1904) [1]

Sclérose en plaques. — Rire et bégaiement nerveux. — Anesthésie psychique.

Joseph B... 23 ans, entre à l'hôpital au mois de mars 1904.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Tout jeune, il eut des convulsions. Vers l'âge de 13 ans, il souffrit de névralgies du sciatique droit. Ces douleurs étaient mobiles et, de temps à autre, se transportaient à gauche ; elles présentaient en outre des rémissions qui duraient parfois plusieurs mois.

---

(1) Observation publiée in *Rev. med. de l'Est* (novembre 1905), par M. le professeur agrégé ZILGIEN.

Depuis le début de la maladie actuelle, c'est-à-dire depuis 4 ans, ces accès n'ont jamais duré plus d'une huitaine de jours.

Pas de blennorrhagie ; pas de syphilis ; pas d'éthylisme. Au mois de février 1900, le malade se réveilla un matin et remarqua qu'il avait de la peine à parler. Il bégayait, trouvant facilement ses mots mais ne pouvant les énoncer, parce que sa langue était « rétive ». Néanmoins, rien d'anormal ne semblait s'être passé pendant cette nuit, ainsi qu'en témoigne l'un de ses frères qui couchait dans le même lit.

En août, le bégaiement cesse brusquement au cours d'une conversation.

En mars 1901, ce trouble de la parole reprend soudain et cesse de même deux mois et demi plus tard.

En mars 1902, le bégaiement reprend une troisième fois, et vers le huitième jour de rechute, le malade consulte un médecin qui lui prescrit une purge. Ce jour même, le malade ressent une grande lassitude dans les membres inférieurs, et ses jambes lui paraissent lourdes comme du plomb. Le lendemain, il constate de la difficulté dans la marche : il éprouve la sensation de rebondir sur ses jambes : il titube en marchant ; les muscles du mollet sont contracturés, comme serrés dans un étau, et l'empêchent de marcher aussi vite qu'il le voudrait.

Une certaine amélioration survient après une huitaine de jours de repos, et le malade reprend partiellement son travail.

En juin 1903, le bégaiement et la démarche sautillante cessèrent tout-à-coup. Les seuls symptômes qui persistèrent alors furent la contracture des muscles du mollet, et des crampes, apparaissant de préférence la nuit, et surtout marquées dans la jambe droite.

Fin juillet 1903, tous les symptômes précédents revinrent subitement. Le malade a de la difficulté à se tenir debout ; il titube en marchant ; un tremblement rapide se produit dans les deux jambes, plus marqué à droite lorsqu'il se dresse sur la pointe du pied ; quand on l'appelle, il ne peut se retourner brusquement sans perdre l'équilibre. Pour la première fois, il éprouve en outre une sensation de vertige quand il regarde en l'air, et des troubles de la vision se manifestent : diplopie surtout marquée quand les yeux se tournaient vers la gauche ; amblyopie, le malade voyant troubles les objets lointains.

De fin juillet à novembre 1903, tout travail lui devient impossible.

En novembre 1903, le malade part pour accomplir son service militaire au camp de Châlons : un homme est obligé de le conduire de la gare au quartier. Les médecins croient tout d'abord à la *simulation ;* puis l'ayant examiné, *trouvent une anesthésie complète des cuisses dont la peau peut être traversée par une épingle sans aucune douleur*, une diminution de la *sensibilité aux avant-bras*, de la parésie des membres inférieurs et un *rétrécissement du champ visuel.* L'intégrité des muscles, à l'exploration électrique aurait été également constatée.

Le même jour, il est rappelé chez lui par la mort de son père et, pendant la cérémonie religieuse, il est pris d'un *rire violent sans cause*, qu'il ne peut parvenir à réprimer. Ce *rire spasmodique* n'a pas cessé de se reproduire fréquemment depuis.

Le 7 décembre, le malade entre à l'hôpital militaire.

De retour à l'hôpital militaire, il suit pendant trois jours un traitement à l'iodure de potassium qu'on lui supprime pour cause d'intolérance gastrique.

Au mois de janvier 1904, il est réformé temporairement avec la mention : *hystérie.*

Depuis cette époque le bégaiement n'a pas reparu. Mais les troubles de la vue persistent et les symptômes fonctionnels des membres inférieurs ne font que s'aggraver. Pour ces motifs le malade entre au service le 7 mars 1904.

ETAT ACTUEL. — De taille moyenne, B..., est de constitution robuste et ne présente aucune déformation. Sa température est normale.

Son facies exprime l'étonnement : les yeux sont largement ouverts et les pupilles ont leur diamètre normal. La commissure labiale droite est légèrement rétractée.

A la face externe de la cuisse droite on trouve deux petites phlyctènes actuellement vides et datant de deux jours.

Pendant la durée de l'interrogatoire le malade est pris à tout instant *d'un rire spasmodique*, sans cause, irrésistible et cessant brusquement.

Aux membres inférieurs, on constate tous les signes d'une sclérose en plaques. Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Les jambes ne s'élèvent que difficilement au-dessus du plan du lit et n'atteignent, qu'après quelques oscillations, la main donnée comme but. Ce phénomène est surtout marqué à la jambe droite.

Les réflexes tendineux sont exagérés. Clonus du pied. Trépidation indéfinie au pied droit, et huit à neuf trépidations seulement au pied gauche.

Les *réflexes cutanés sont plutôt diminués*. L'ouïe, le goût et l'odorat sont conservés intacts, *sa vue est affaiblie* et le malade distingue mal les objets un peu éloignés. La diplopie a disparu. Quelques secousses de nystagmus aux positions extrêmes des yeux. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière tout comme à l'accommodation. L'examen du fond de l'œil n'a rien fait constater d'anormal.

Le sens génital existerait. Rien à signaler du côté des sphincters. Pas de troubles trophiques.

La peau du thorax et de l'abdomen présente un état très marqué de dermographisme. *La sensibilité à la douleur a disparu complètement sur toute l'étendue de la cuisse droite ;* sur les autres parties du corps elle est *diminuée* au point qu'une épingle traversant la peau, n'est perçue que comme une légère piqûre. Le tact et la température sont perçus normalement.

La suggestion a pu faire disparaître le rire spasmodique, on n'a pas essayé de supprimer l'anesthésie, qui varie d'un jour à l'autre comme étendue et comme intensité.

Le malade a quitté l'hôpital, le 25 mars 1904.. Depuis, la maladie aurait évolué : le malade ne peut plus quitter son lit, les membres inférieurs sont continuellement contracturés et dans l'extension forcée.

A l'époque où j'ai eu l'occasion de voir ce malade, je ne faisais pas encore la recherche systématique de l'anesthésie nerveuse ; mais je puis dire néanmoins que l'anesthésie de ce malade me paraît avoir été une insensibilité nerveuse surajoutée aux symptômes moteurs ; ce qui me le fait penser c'est sa mobilité.

Elle variait d'un jour à l'autre comme étendue et comme intensité.

Elle semble même à un certain moment avoir tenu la première place, parmi les symptômes présentés par B..., puisqu'au régiment, les médecins avaient porté le diagnostic d'hystérie, et avaient cru à la simulation.

D'autre part, deux autres symptômes me paraissent aussi avoir eu une origine purement nerveuse.

Le bégaiement, qui apparaît puis disparaît pour reparaître encore, semble plutôt être d'origine psychique : je ne l'affirme pas, mais j'estime que, s'il devait être rat-

taché à une lésion organique, il ne présenterait pas ces variations, ces disparitions et réapparitions brusques qui l'ont caractérisé.

De même le rire spasmodique : bien que certains auteurs aient cherché à préciser le centre anatomique (1) du rire et du pleurer spasmodiques, je pense que chez notre malade il s'agissait plutôt d'une réaction purement dynamique. Les conditions de son apparition dans une circonstance tragique, la rapidité de sa disparition par un traitement suggestif, démontrent, à mon sens, son origine psychique.

Enfin les auteurs, qui comme Charcot, ont étudié avec soin la symptomatologie de la sclérose en plaques, considèrent comme rares les troubles de la sensibilité générale.

OBSERVATION XVII

(Inédite. Service de M. Spillmann, 1904).

Sclérose en plaques. — Anesthésie nerveuse. — Guérison de l'anesthésie.

Lucie V..., âgée de 24 ans, entre à l'hôpital le 15 juin 1904.

Réglée à 15 ans, a toujours eu des époques régulières. N'a jamais été malade, n'a jamais eu de crises.

Maladie actuelle. — A la suite d'un violent chagrin occasionné par la mort de son père, la malade a éprouvé plus tard une certaine difficulté de la marche. Un médecin, qui l'examina à cette époque, remarqua, nous dit la malade, que le thorax était insensible du côté gauche; quelque

(1) Toulzac. Thèse, Paris, 1901.

temps après la jambe gauche, puis la jambe droite devinrent aussi anesthésiques.

État actuel. – On constate tous les signes d'une sclérose en plaques : nystagmus, troubles de la parole, exagération des réflexes, clonus du pied, impossibilité de la marche.

Il existe une *anesthésie* qui occupe toute la moitié gauche du thorax et le bras gauche. A la jambe gauche, la sensibilité est diminuée.

Quelques jours après, la jambe droite est également devenue insensible au tact et à la piqûre.

Comme la malade éprouve quelques douleurs dans les membres, on lui ordonne quelques frictions à l'alcool camphré.

Quelques jours après, en examinant la sensibilité, on constate qu'elle est complète dans les endroits où il existait auparavant, de l'anesthésie.

Cette sensibilité s'est maintenue tant que la malade est restée à l'hôpital.

Cette observation est peut-être plus démonstrative que la précédente. L'anesthésie, d'abord limitée au bras gauche et au côté gauche du thorax, a gagné petit à petit la jambe droite qui, sous nos yeux et pendant le cours de nos examens, est devenue insensible au tact et à la piqûre.

D'autre part, je ne sache pas que des frictions à l'alcool camphré puissent guérir, pour ainsi dire instantanément, une anesthésie organique : je croirais plus volontiers que ces frictions ont agi sur le psychisme de la malade pour dissiper l'anesthésie auto-suggestive, et rétablir ainsi la sensibilité.

OBSERVATION XVIII

(M. BERNHEIM. Conception du mot hystérie, *loc. cit.*, page 12.)

RÉSUMÉ. — Un tabétique entre dans mon service avec une anesthésie complète des deux jambes, dans tous ses modes, analgésie et perte du sens musculaire.

Étudiant cette anesthésie, je constate qu'elle présente les caractères, non d'une anesthésie organique, mais d'une anesthésie suggestive. Par suggestion, j'arrive, en effet, à restaurer la sensibilité tactile et le sens musculaire. Mais il persiste invariablement de l'analgésie et une diminution esthésiométrique de la sensibilité tactile dans les deux jambes.

CONCLUSION. — La maladie spinale avait fait une analgésie avec hypoesthésie des deux jambes; ceci est organique, mais le sensorium du sujet avait transformé cette hypoesthésie en anesthésie complète psychique.

Ici, l'influence de l'imagination du sujet est manifeste : ce que la suggestion a pu détruire, l'auto-suggestion avait pu le produire. Par la suggestion, on a séparé l'anesthésie surajoutée de celle qui était le fait de la lésion médullaire.

3° Localisation périphérique (névrite)

Il peut arriver, qu'à l'occasion d'une névrite de motilité qui entraîne une paralysie plus ou moins complète, une anesthésie nerveuse se développe dans la région correspondante aux muscles paralysés. Cette anesthésie

peut disparaître avec l'impotence, ou bien elle peut lui survivre. Dans ces cas, elle a tous les caractères des anesthésies psychiques et un traitement suggestif peut la supprimer radicalement. Elle se distingue aussi des anesthésies organiques par sa topographie spéciale. Elle ne répond pas à un trajet anatomique nerveux défini et ne peut s'expliquer par aucune localisation, ni périphérique, ni radiculaire, ni centrale. Cette particularité devra immédiatement éveiller l'attention et faire penser qu'il s'agit d'une anesthésie psychique.

J'ajouterai enfin que ces anesthésies nerveuses doivent être assez rares dans les cas de névrite douloureuse ; j'ai vu beaucoup de ces polynévrites douloureuses, soit chez des tuberculeux, des typhiques, ou encore chez des malades atteints d'influenza, et je ne me rappelle pas avoir constaté chez eux, soit au moment même, soit après la guérison, la moindre anesthésie.

OBSERVATION XIX

M. Bernheim. *(De la suggestion*, p. 361.*)*

Saturnisme chronique. — Paralysie des extenseurs de la main datant de plus de cinq mois. — Anesthésie du dos de la main. — Guérison de l'anesthésie par suggestion à l'état de veille. — Amélioration complète de la paralysie des extenseurs dès la première séance et guérison totale graduelle. — Action heureuse de la suggestion sur la céphalalgie et les vomissements.

J... (Eugène), trente-neuf ans, peintre en bâtiments, rentre à l'hôpital pour la seconde fois le 23 juillet 1886.

Depuis douze ans, il a eu, à six reprises, des accès de co-

liques saturnines. Il présente, depuis plus de six mois, les symptômes d'une *intoxication saturnine avec cachexie ;* je ne veux pas ici retracer son histoire, mais seulement relater un épisode de son observation.

Il a, depuis novembre ou décembre 1885, de la céphalalgie opiniâtre avec délire la nuit, il a de l'amblyopie avec rétinite hémorrhagique depuis le mois d'avril, il a un tremblement généralisé, des douleurs musculaires dans les membres, une hypertrophie du cœur gauche avec bruit de galop mitral, liée à une néphrite interstitielle avec albuminurie.

Enfin, il présente depuis la fin de mars 1886, une *paralysie des extenseurs de la main droite*, qui a persisté depuis cette époque. On a constaté, à plusieurs reprises, de l'*analgésie avec anesthésie dans l'avant-bras droit.* Ce sont ces symptômes qui doivent nous intéresser.

Le 7 août, l'état est le même, J... (Eugène) peut relever le poignet droit et le mettre dans le prolongement de l'axe de l'avant-bras, mais il ne peut les relever au-delà ; *les doigts sont infléchis à angle obtus sur le métacarpe* et ne peuvent pas être redressés. Cet état persiste depuis que nous avons vu pour la première fois le malade, c'est-à-dire depuis le 15 mai 1886. Le 5 juin, on avait noté que la paralysie des extenseurs de la main subsistait ; les muscles extenseurs du petit doigt et celui du pouce se contractent par l'électricité faradique, mais les autres doigts restent immobiles par l'électrisation de l'extenseur commun qui ne réagit pas.

Le malade présente une *hyperesthésie dans les deux avant-bras*, les fléchisseurs et les extenseurs sont très douloureux à la pression. Si on presse les bords du cubitus et du radius, même douleur, le malade pousse des cris. Enfin, il existe *une anesthésie complète avec analgésie limitée à la face dorsale de la main jusqu'au niveau du poignet (un peu au-*

dessus), la face palmaire de la main et les doigts sont sensibles. L'avant-bras est sensible... (On avait constaté, le 23 juillet, de l'anesthésie avec analgésie dans l'avant-bras droit). *Tremblement très marqué des deux mains*. Pas de fourmillement ni d'engourdissement dans le membre.

La singulière répartition de cette anesthésie sur tout le dos de la main, alors qu'au-dessus et au-dessous, les doigts et l'avant-bras recevant la même innervation restent sensibles, me fait penser que cette anesthésie n'est pas organique, qu'elle n'est liée, ni à une affection des centres nerveux, ni à une lésion des nerfs périphériques ; mais qu'elle pourrait être simplement *dynamique*, peut-être, créée inconsciemment par l'imagination du malade et associée par elle à la paralysie des extenseurs ; c'est la face dorsale de la main et du poignet que le malade a conscience de ne pas pouvoir relever ; c'est là que son imagination localise la paralysie motrice, c'est là aussi qu'elle a pu créer une paralysie sensitive, le malade peut fléchir et étendre les phalanges ; là, pas de paralysie motrice, la sensibilité aussi y est conservée.

Partant de cette idée, j'essaie de provoquer le retour de la sensibilité sur le dos de la main *par suggestion à l'état de veille*. Je touche la main du malade et j'affirme qu'il va sentir; j'explore en même temps la sensibilité avec une épingle et je constate, au bout de deux ou trois minutes, que cette sensibilité est *restaurée ;* le malade sent le picotement avec douleur dans la moitié supérieure du dos de la main, très nettement, il sent un peu moins, mais nettement encore dans la moitié inférieure, Cela fait, j'hypnotise le malade, je constate qu'il est hypnotisable en sommeil profond et je fais la suggestion de la guérison.

9 août. — La *sensibilité restaurée* se maintient. Le malade croit qu'il étend mieux les doigts et les remue mieux. La

douleur existe encore dans l'avant-bras, dans la masse musculaire et sur le bords du cubitus et du radius. On constate aussi de la douleur dans les muscles extenseurs de l'avant-bras gauche et le long des os. Suggestion.

Le 10, le malade trouve que, depuis la suggestion d'hier, il ouvre mieux la main, le tremblement a diminué notablement. J.,. peut écrire son nom, ce qu'il ne pouvait faire avant.

On ne détermine *plus de douleur* à la pression sur les muscles ou les os de l'avant-bras; au pli du coude seulement un peu de sensibilité. Il redresse manifestement mieux le poignet.

Je mets J... en somnambulisme, il y arrive par simple occlusion des yeux ; mais à chaque instant, au bout de dix secondes, il a une secousse brusque et se réveille. Je le mets en somnambulisme les yeux ouverts, et je suggère la guérison complète des membres supérieurs.

A son réveil, il exécute tous les mouvements. Le bras étant tenu en pronation et horizontalement, *il redresse le poignet complètement*, comme il ne le faisait pas avant, il ne peut pas encore étendre complètement les doigts.

12 août. - Le résultat se maintient; restauration de la sensibilité, redressement du poignet, disparition complète des douleurs, le pouce fonctionne bien ; *les doigts ne peuvent pas encore être étendus complètement sur le métacarpe.*

Je fais une quatrième suggestion. — Le malade quitte l'hôpital.

Il rentre le 7 novembre; il a eu depuis huit jours des attaques convulsives durant deux heures, avec amnésie. Il accuse une *céphalalgie frontale et occipitale fréquente.* Depuis huit jours aussi : vomissements, insomnie, agitation, bourdonnements d'oreille, vertige, etc.

Mais l'amélioration obtenue par suggestion s'est mainte-

nue et a même augmenté. Le malade *fléchit et étend le poignet, il étend complètement ses doigts sur le métacarpe.* Au dynamomètre, la main droite donne 15, la main gauche 27 *La sensibilité est normale sur la main.*

Je ne saurais rien ajouter à cette observation très complète : elle est aussi démonstrative que possible et montre le parallélisme des troubles de la motilité et de ceux de la sensibilité. Généralement, si l'on arrive à guérir les uns, on ne tarde pas à supprimer les autres. J'ai déjà montré, à l'occasion d'autres observations (obs. V et VI) que toutes les manifestations psychiques disparaissent simultanément.

OBSERVATION XX

(Inédite. Clinique de M. BERNHEIM, 1905)

Ancienne névrite saturnine. — Découverte d'une anesthésie que le malade ne soupçonnait pas. — Guérison de l'anesthésie.

S..., ouvrier peintre, âgé de 34 ans, entre à l'hôpital le 8 octobre 1905.

Il tousse : il a eu des hémoptynès qui ont complètement disparu depuis deux ans.

Actuellement, c'est un malade de constitution moyenne, qui ne paraît pas avoir beaucoup maigri.

Apyrexie. Ne transpire pas la nuit.

A l'examen de la poitrine, on constate une induration des deux sommets, sans râle.

Bref, on se trouve en présence d'une évolution tuberculeuse arrêtée.

En interrogeant le malade, j'apprends qu'il a eu, il y a

quelques années, des coliques saturnines, et qu'en 1900, il a eu une névrite de l'avant-bras droit. D'après la description qu'il me donne des symptômes, je vois qu'il s'est agi d'une paralysie saturnine, qui a guéri au bout de trois mois, après un traitement par l'électricité.

Je recherche alors la sensibilité à la douleur et au tact : elle est entière, sauf pour le membre supérieur droit. *L'anesthésie est complète* jusqu'au tiers inférieur du bras. On pourrait dire, pour imiter les expressions de Charcot, que c'est une anesthésie *en gant de soirée de dame.* J'essaie aussitôt de restaurer la sensibilité. Je n'arrive à aucun résultat. Je dois dire que le malade qui ne se doutait même pas de cette anesthésie, ne met aucune complaisance à se laisser guérir. Il est venu à l'hôpital pour sa toux et le reste l'importe peu.

J'insiste néanmoins : j'emploie *un pseudo-courant* électrique, c'est-à-dire que devant le malade, je mets en mouvement le trembleur de la bobine de Rhumkorff, et je ne place qu'un fil dans un pôle. Le courant ne passe donc pas dans le bras. Le malade sent cependant de petits picotements, et au bout de quatre jours, j'arrive à lui restaurer complètement sa sensibilité.

Cette sensibilité s'était maintenue, lorsque le malade est sorti de l'hôpital.

Vraisemblablement, ce malade était resté anesthésique depuis sa dernière névrite ; son sensorium avait enregistré l'hypoesthésie de son avant-bras, et lui avait substitué une anesthésie que le malade ne soupçonnait même pas. C'est mon exploration qui la lui a révélée. Elle a rapidement guéri par suggestion, prouvant ainsi sa nature psychique.

Je pense que ce sont des anesthésies de cette nature qui ont fait naître l'expression d'*hystérie toxique*.

A la suite de Charcot, un grand nombre d'auteurs, dont on pourra lire les noms dans la Bibliographie, ont décrit des hystéries saturnines, alcooliques, morphiniques, tabagiques, etc. Or, on sait avec quelle facilité certains poisons créent des névrites : névrites de motilité ou névrite de sensibilité sont l'occasion de sensations anormales sur lesquelles le sujet greffe une anesthésie psychique.

Pour peu qu'on la cultive en quelque sorte par des explorations médicales répétées, on aura à volonté le syndrôme hémianesthésie, avec ou sans participation de la sensibilité spéciale.

C'est un point de vue sur lequel je ne saurais assez insister : pour avoir méconnu l'origine psychique de l'anesthésie, on a vu l'hystérie où elle n'existait pas. Il est même difficile de comprendre que des cliniciens aient pu parler d'hystérie saturnine ou alcoolique, pour la seule raison qu'ils avaient découvert que ces malades étaient anesthésiques ou hémianesthésiques.

Que les poisons, quels qu'ils soient, par leur action nocive sur le cerveau, le rendent plus suggestionnable, c'est possible, mais en tout cas, ils ne créent pas l'hystérie. Il se peut que quelquefois il y ait une association toute fortuite de crises nerveuses et d'accidents toxiques, mais c'est tout.

OBSERVATION XXI

M. Bernheim. (*Hypnotisme, suggestion*, p. 452)

Symptômes de névrite cubitale hystérique avec impotence fonctionnelle de la main droite. — Guérison rapide et raccourcissement de la période menstruelle par suggestion.

Mme Camille G..., âgée de vingt-cinq ans, couturière, vient me consulter le 18 juillet 1890, pour des troubles nerveux dans l'avant-bras et la main droite. Veuve, mère d'un enfant de huit ans, elle a eu à l'âge de quinze ans un rhumatisme articulaire, localisé au poignet et au coude droit, qui a nécessité l'application d'un appareil plâtré pendant six semaines. Pendant trois ans, ce rhumatisme a récidivé tous les ans, à la même époque, durant chaque fois de six semaines à deux mois. Depuis son accouchement, elle n'en a plus eu. Après celui-ci, elle eût des pertes pendant trois jours, devint anémique, put cependant nourrir son enfant ; elle prit deux fois par semaine un grand verre de sang de bœuf.

Il y a cinq ans, elle alla habiter Paris ; là, elle devint anémique et impressionnable, ayant des secousses musculaires au moindre bruit et des crises de sommeil hystérique avec contracture durant de dix minutes à deux heures, avec oppression et strangulation. Ces crises furent très fréquentes pendant huit mois. Elle consulta Charcot, prit de la valériane, du bromure et des douches.

Elle revint habiter la campagne à Pont-Saint-Vincent; il ne lui resta depuis que de l'impressionnabilité sans crises. Il y a un an, les règles devinrent très abondantes durant quinze jours, pendant six mois. Depuis elles sont encore abondantes mais ne durent que sept à huit jours.

Il y a trois mois, elle ressentit sans cause une sensation

de faiblesse dans la moitié interne de la main droite. Depuis trois semaines, elle accuse de plus des douleurs comme rhumatismales, limitées aux doigts, annulaire et petit doigt, avec sensation de fatigue dans tout le bras.

Depuis trois mois, elle se fatiguait vite en travaillant. Depuis trois semaines, elle ne peut plus se servir de la main.

Constitution bonne, tempérament nerveux. On ne constate aucune altération organique. L'avant-bras ne peut s'étendre complètement sur le bras, il est resté un peu d'ankylose, à la suite de l'arthrite traitée par l'appareil inamovible. La main droite exécute tous les mouvements, mais au dynamomètre, elle ne peut serrer que jusqu'à 12. La moitié interne de l'avant-bras et les deux doigts sont très sensibles à la pression ; c'est une sensation de fatigue douloureuse.

Je propose à la malade de l'hypnotiser. Elle dit qu'on a essayé plusieurs fois à Paris, sans succès. J'arrive rapidement, par suggestion, à produire le sommeil avec catalepsie, contracture et anesthésie. Je suggère la disparition des douleurs et l'augmentation de la force musculaire. Au réveil, la main donne 14 au dynanomètre. Elle se souvient de tout et croit n'avoir pas dormi. Je l'endors une seconde fois, et cette fois-ci en sommeil profond, avec hallucinabilité, hypnotique et posthypnotique ; amnésie au réveil. Le dynamomètre donne 19.

La malade dit ne pas sentir les dernières phalanges de l'annulaire et du petit doigt : je constate, en effet, qu'il y a là de l'anesthésie avec analgésie. *Par suggestion, je restaure la sensibilité complètement, et la sensation de fourmillements que la malade accusait, a disparu.* La force musculaire est à 24.

Persistance de la sensibilité. La malade peut se servir

de la main, elle n'y ressent plus que de la fatigue. Une nouvelle suggestion élève la force dynamométrique à 30.

Après suggestion, le dynamomètre donne 33 à droite, 43 à gauche.

La malade a pu travailler hier l'après-midi, sans fatigue. Elle a une certaine toux nerveuse. Après suggestion, le dynamomètre donne 36 à droite, 42 à gauche.

A été très bien avant-hier et hier. Plus de toux nerveuse. Hier soir, à 9 heures, elle a senti des fourmillements dans tout l'avant-bras, du coude jusqu'au bout des doigts, avec douleur lancinante, ces symptômes ont duré jusqu'à minuit.

Le dynamomètre donne 27 à droite, avant la suggestion, 36 après.

La malade est revenue à la consultation, le 24 et le 29, conformément à la suggestion faite pendant le sommeil. Elle va tout à fait bien, a pu coudre et travailler toute la journée sans aucune fatigue, ni douleur. Le dynamomètre donne 40 à droite avant la suggestion, 48 après. Elle est tout à fait guérie.

Ajoutons que le 18, jour de son arrivée, la malade était au second jour de son époque, qui durait d'habitude de sept à huit jours: je lui suggérai que l'époque ne durerait que quatre jours et qu'elle serait très peu abondante. La suggestion a été efficace.

Le 21 au matin, la malade ne perdait presque plus rien.

Il est probable qu'à la suite de l'arthrite ankylosante, accompagnée probablement de *periarthrite,* le nerf cubital aura été lésé dans la gouttière épitrochleo-olecrânienne. Du fait de cette lésion, la malade a éprouvé des douleurs de névrite et une légère impotence; peut-être même s'est-il produit de l'anesthésie réelle dans la

sphère du cubital. Le sensorium de cette femme a enregistré cette anesthésie qui a persisté par auto-suggestion. Ce qui le prouve, c'est que l'anesthésie était localisée à la sphère du cubital ; elle restait comme le souvenir d'une anesthésie réelle, et la suggestion a supprimé l'image psychique de cette anesthésie.

C. — **Anesthésies par lésions localisées**

Certaines régions du corps peuvent être atteintes par des lésions qui, très variées dans leur forme, peuvent être provoquées par des causes très différentes.

Tantôt c'est un traumatisme qui affecte un membre, une portion de membre, ou une région quelconque de l'organisme ; tantôt c'est une maladie rhumatismale, une infection qui se localise à une articulation ou à un territoire cutané plus ou moins étendu.

Tous ces désordres locaux s'accompagnent de sensations, douloureuses ou non, auxquelles peuvent s'ajouter, suivant que les nerfs ou les vaisseaux interviennent plus ou moins, pour déterminer la symptomatologie, des sensations d'anesthésie ou d'hyperesthésie.

Toutes ces sensations anormales enregistrées par le cerveau du sujet peuvent disparaître avec la cause qui les a produites ; mais il arrive que certains sujets, *auto-suggestibles,* les gardent avec une tenacité surprenante.

L'anesthésie momentanément organique, réelle, se transforme en anesthésie psychique, justiciable de la thérapeutique suggestive.

Ces anesthésies se greffent sur des traumatismes locaux ou sur des maladies localisées.

1° Anesthésie par traumatisme local

C'est pour cette variété d'anesthésie que les auteurs ont imaginé le terme d'*hystérie locale*. Ils pensent que le traumatisme a simplement déterminé, dans l'évolution d'une maladie préexistante, un incident symptomatique qui aurait pu ne jamais se produire, s'il n'avait été provoqué par une circonstance occasionnelle.

Ils ne se rendent pas compte que cette anesthésie est un fait local, qu'elle est née sur place, et qu'elle ne suppose pas, pour se produire, l'existence d'une névrose générale. Pour eux, l'anesthésie ne peut pas exister si le sujet n'est pas hystérique. En raisonnant ainsi ils sont obligés d'admettre qu'un malade qui présentera une contracture ou une anesthésie de la main, à la suite d'un coup porté sur elle, est subitement devenu hystérique !

C'est du reste cette impression qui ressort de la lecture de la plupart des ouvrages classiques.

Or il n'en est rien, comme nous l'avons vu, il s'agit seulement de malades *impressionnables* qui retiennent avec force les impressions qu'ils ont reçues. L'homme le plus normal peut, à certains moments, retenir dans son esprit une impression pénible ? sera-t-il hystérique pour cela ?

OBSERVATION XXII

M. Bernheim. (*Hypnotisme, suggestion*, page 253)

Traumatisme de la main. — Impotence de la main et anesthésie. Guérison par suggestion.

L. G.... âgée de dix-huit ans, entre à la clinique le 7 mai 1897, venant de Thann (Alsace), où elle est ouvrière de fabrique. Le 25 février 1897, elle eût la main prise dans une courroie de transmission ; contusion simple avec gonflement notable. Application de compresses froides pendant huit jours ; puis frictions et massages pendant quatre semaines. Le gonflement persiste, avec impossibilité de se servir de la main : douleurs légères.

On constate de l'anesthésie avec paralysie, et on l'envoie le 5 juin, dans un établissement électrothérapique à Mannheim où la main fut électrisée pendant deux mois sans aucun résultat. Elle prit ensuite des bains de camomille pendant quatre semaines avec le même insuccès.

La main reste invariablement dans l'état où elle est aujourd'hui : de temps en temps légères douleurs au poignet.

D'ailleurs, aucune maladie antérieure ; aucun symptôme nerveux. Pas d'antécédents héréditaires. Mère bien portante, père mort tuberculeux, cinq frères et sœurs bien portants. Elle même, est peu impressionnable.

État actuel. — *8 mars 1897.* — Constitution bonne, tempérament lymphatique. A la main droite, on constate : gonflement assez notable occupant le poignet, le dos de la main et un peu les doigts. Ceux-ci sont infléchis dans toutes leurs phalanges à angles obtus, de façon que la main

est fermée au quart. La malade ne peut l'ouvrir, ni la fermer complètement ; pendant les efforts pour le faire, la main est agitée de tremblements. L'abduction et l'adduction du pouce sont impossibles. Quand on cherche à étendre les doigts et à ouvrir complètement ou fermer la main, on sent une certaine résistance qui disparaît pendant quelques instants si on détourne l'attention du sujet : on arrive cependant assez aisément à étendre et à fléchir les doigts ; mais aussitôt que la main est abandonnée à elle-même et cesse d'être maintenue, elle reprend sa position infléchie. Elle peut n'être mise qu'en demi-supination, en pronation à peu près complète : les mouvements d'extension et de flexion du poignet sont exécutés avec un peu d'hésitation ; tous les mouvements volontaires s'accompagnent de tremblement. Le pouce et l'index ne peuvent saisir aucun objet. Il n'y a pas d'épanchement dans les gaines séreuses ; mais un certain degré d'œdème de la main.

En outre, anesthésie complète, dans tous ses modes, avec analgésie, de toute la main jusqu'au poignet.

Perte du sens musculaire. La malade ne sait où est sa main et ne peut la trouver sans s'aider de la vue. Invitée à la chercher les yeux fermés, elle touche avec la main gauche l'épaule, le bras et l'avant-bras, mais elle *n'ose pas* aller jusqu'à la main. Quand on place la main gauche un peu au-dessous de la main droite, toujours les yeux clos, et qu'on dit à la malade de prendre celle-ci, elle arrive à son contact, mais *n'ose pas* la saisir.

D'ailleurs, ni engourdissement, ni fourmillement. La malade ne présente aucun autre stigmate de neurasthénie, ni d'hystérie.

En résumé, hystéro-traumatisme localisé à la main, paralysie avec contracture et anesthésie.

Du 8 au 11 mai, j'essaie la suggestion, la malade est mise

facilement en apparence de sommeil, mais, en dépit de mes affirmations énergiques réitérées, l'état persiste le même.

Après ce premier insuccès, j'essaie de renforcer la suggestion par la comédie du transfert suggestif. Je place un aimant ou pseudo-aimant entre sa main et celle d'une somnambule que j'endors et qui est habituée à ces expériences. Au bout de quelques minutes, je réveille les deux sujets : le transfert s'est opéré, la somnambule à la main droite paralysée, fermée au quart et anesthésique.

Notre malade voit cela. Je lui dis : « Votre paralysie est guérie, je l'ai transférée à cette personne ». Mais elle conserve son flegme et sa paralysie. Je renouvelle l'expérience le 12 et le 13 mai, avec le même insuccès.

Je songeais à renvoyer ma malade, abandonnant la solution à la nature, quand une idée me vint. Je lui dis : « Certainement, vous n'êtes pas guérie ; votre main est insensible. Mais je crois qu'il y a cependant une certaine amélioration. Nous allons voir. Je vais piquer la main depuis l'extrêmité du doigt jusqu'à l'avant-bras, et vous me direz quand vous commencerez à sentir ». Fermant alors les yeux de la malade, je piquai avec l'épingle depuis les doigts jusqu'au poignet ; elle commence à sentir au niveau de la ligne radio-carpienne, je marquai la frontière avec un crayon rouge, mais en l'avançant frauduleusemeut de un centimètre et demi, puis la malade ouvrant les yeux, je lui dis : « J'avais raison de dire qu'il y avait un peu de mieux. Vous sentez jusqu'à cette ligne ». La malade, les yeux ouverts, sentit en effet l'épingle avec précision, juste, à partir de cette ligne. Je fis un second simulacre d'aimantation simple, en disant que celà suffirait, puis usant du même artifice, j'étendis encore la frontière de un centimètre et demi, ce que la malade confirme avec ses yeux. Elle était tombée ingénûment dans le piège. J'avais ainsi rétabli sur

les faces palmaire et dorsale de la main, une zone de sensibilité de trois centimètres. J'eus soin de dire que la vie revenait dans la main, et qu'avec elle, la motilité reviendrait de concert avec la sensibilité.

Le lendemain, 14 mai, la frontière s'était maintenue. La malade pouvait ouvrir sa main aux quatre cinquièmes et la fermer complètement ; par un simulacre d'aimantation et une nouvelle notation frauduleuse, j'avançai la sensibilité, jusqu'à cinq centimètres et demi en avant de la ligne radio-carpienne. Je fis ensuite un simulacre de transfert, après lequel la malade, les yeux ouverts, accuse elle-même la sensibilité jusqu'à la racine des doigts. La malade peut fermer la main presque complètement, et l'ouvrir avec un peu d'incurvation des dernières phalanges. L'œdème diminue. Hier, la malade a pu faire quelques points de couture. Le dynamomètre donne 25 de la main gauche et encore 0 à droite. Le sens musculaire revient aussi. Les yeux clos, la main gauche trouve d'emblée toute la région devenue sensible de la main droite, mais ne touche pas encore les doigts restés anesthésiques. Continuant le même *modus faciendi*, aimant et crayon rouge, je restaure la sensibilité des premières phalanges.

Le 16 mai, je la rétablis dans les deux dernières phalanges par la pseudo-aimantation ; mais, après l'opération, elle n'existe plus que dans les deux premières.

Le 17 mai, elle existe un peu en avant de la seconde phalange. Je la restaure jusqu'au milieu de la dernière. La malade a pu coudre hier pendant une demi-heure.

La 18, elle n'a pu coudre à cause du tremblement ; les deux dernières phalanges sont encore légèrement incurvées. La sensibilité existe jusqu'à la racine des ongles ; la malade peut, sans voir, mettre l'index gauche sur un point déterminé des phalanges droites. Je retrouve la sensibilité

jusqu'à l'extrémité des doigts. Le dynamomètre donne encore 0 de la main droite. Je continue à affirmer que la vie revient et avec elle la force musculaire.

Le 19 mai, la sensibilité reste complète dans la main ; la force dynamométrique est 3.

Le 20 mai, le tremblement tend à disparaître ; la guérison se maintient et se confirme. La force dynamométrique de la main est 5, en stimulant, elle est de 10. Après un simulacre de transfert, elle est de 12, puis 15.

Le 21 mai, au dynanomètre, la main arrive à 29, puis les jours suivants à 24 et 28, la main gauche arrivant à 30.

La malade rentre chez elle le 29 mai, totalement guérie. La main, encore plus faible que l'autre, continue graduellement à recouvrer toute sa force musculaire, et la guérison reste définitive.

En résumé, une jeune fille atteinte de paralysie avec anesthésie de la main droite, d'origine hystéro-traumatique, résiste pendant plus de quatorze mois à toutes les médications. La suggestion hypnotique avec le transfert suggestif échoue.

Elle guérit en quelques jours par un simple artifice grossier, qui trouble son cerveau et l'oblige à faire le mécanisme dynamogénique curateur.

Le traumatisme local n'a pas été considérable puisqu'il n'a produit, en somme, qu'une contusion simple avec gonflement. Ce gonflement, ayant persisté, a entretenu dans le cerveau de la malade, l'image psychique de toutes les sensations qui ont suivi l'accident. L'anesthésie entre certainement dans la composition de cette image, car on sait bien que les contusions un peu fortes, s'accompagnent d'une certaine anesthésie momentanée de la région contuse. Chez la plupart des personnes, cette anes-

thésie disparaît rapidement ; chez cette malade, elle a persisté, comme un parasite, dans sa pensée. Il a été très difficile de supprimer ce symptôme, et ce n'est que grâce à l'emploi d'un artifice ingénieux, que M. Bernheim a pu obtenir la guérison.

Ici encore, les troubles moteurs se sont améliorés en même temps que disparaissait l'anesthésie.

2° Anesthésies par maladies locales

Dans ces cas, le mécanisme est le même que lorsqu'il s'agit de traumatisme localisé.

C'est un ensemble de sensations variées qui, pénétrant dans la conscience du sujet, provoque une réaction psycho-motrice particulière.

Il est rare, dans ces circonstances, que l'anesthésie reste seule comme symptôme psychique, ou du moins, si cela arrive, on n'a pas souvent l'occasion de le noter, cette anesthésie n'entraînant avec elle aucun désagrément.

Le plus souvent l'anesthésie est associée à d'autres troubles psychiques ; presque toujours à des contractures ou à des paralysies nerveuses, qui sont gênantes pour le malade et nécessitent une intervention thérapeutique.

Il n'est pas toujours très facile d'expliquer le mécanisme de ces anesthésies. Le plus probable, c'est qu'il y a comme une association, dans le cerveau, entre l'idée de contracture, de paralysie et celle d'anesthésie ; que l'un de ces deux premiers symptômes vienne à se produire, l'anesthésie se réalisera aussitôt. Du moins, on voit presque toujours ces associations ; plus rarement c'est l'hyperesthésie qui accompagne les symptômes moteurs.

OBSERVATION XXIII

(Inédite. Clinique de M. Bernheim, 1905)

Arthrite rhumatismale du poignet. Contracture des muscles extenseurs de la main. — Anesthésie. — Guérison par suggestion.

Lucienne V..., âgée de 14 ans, entre le 17 juin 1905, dans le service de M. Bernheim.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. A l'âge de 7 ans, aurait eu l'urticaire qui revient tous les ans à la même époque. A l'âge de 8 ans, elle a eu la coqueluche, et l'année dernière, une bronchite, qui a durée 15 jours. La malade n'a jamais eu de crises nerveuses.

Maladie actuelle. — Le 13 juin, vers 6 heures du soir, elle est prise de douleurs très vives dans les deux coudes : dans la soirée, elle éprouve des élancements douloureux dans les deux poignets. Le lendemain, les articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes étaient devenues douloureuses. Elle éprouvait des élancements très pénibles qui s'exaspéraient par le moindre mouvement. En même temps, les deux mains se mettaient en extension sur les avant-bras, et restaient fixées dans cette position.

Etat actuel. — On constate une légère rougeur au niveau des deux articulations tibio-tarsiennes, qui sont douloureuses à la pression : le moindre mouvement provoque une vive douleur, qui disparaît insensiblement les jours suivants.

Au bout de deux jours, les articulations sont devenues tout à fait nettes : il n'y a plus de fièvre.

Les mains restent toujours en extension sur l'avant-bras, et sont incapables d'aucun mouvement.

La malade ne se plaint d'aucune douleur ; elle accuse seulement un léger endolorissement dans toutes les masses musculaires des membres supérieurs et inférieurs.

Les deux mains sont absolument insensibles au tact et à la piqûre. La zone d'anesthésie est variable ; elle remonte environ à la moitié de l'avant-bras, mais ses limites ne sont pas précises et varient d'un jour à l'autre.

Je dis à la malade. « Je crois que vos mains sont aussi contractées, parce qu'elles ne sentent pas : je vais vous rendre la sensibilité et alors vous pourrez remuer les mains ». Je lui *aimante* les deux avant-bras, à l'aide du *dynamomètre,* et petit à petit, en moins de dix minutes, j'ai restauré complètement la sensibilité de la main droite. En moins de deux minutes, je rétablis la sensibilité de l'autre main.

Certes, il existe bien d'une façon générale, une sorte d'association entre la contracture et l'anesthésie ; mais il n'est pas toujours facile de donner la raison de cette association.

Y a-t-il des troubles vaso-moteurs de contraction vasculaire, accompagnant la contracture et qui déterminent une anesthésie incomplète et passagère, grossie et conservée par le sensorium ?.

Est-ce le choc nerveux lui-même, produit par une contracture subite et inopinée, qui crée cette anesthésie dynamique, maintenu par auto-suggestion ?

Ce qui prouve, en tous les cas, que le psychisme joue un rôle, c'est que la suggestion a pu restaurer la sensibilité en même temps que la mobilité.

Celà prouve que les deux phénomènes étaient retenus par le sensorium, survivants ainsi à la cause qui les avait produits.

Aussitôt, les deux mains redeviennent libres et capables de tous les mouvements.

La guérison s'est maintenue les jours suivants. Pour mieux faire la preuve de l'origine psychique de cette contracture et de cette anesthésie : j'ai essayé de produire par suggestion une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Il m'a été très facile de la créer et de la faire disparaître.

Dans ce cas voici comment j'explique l'apparition de la contracture et de l'anesthésie : la malade a eu de l'arthrite rhumatismale des poignets ; on sait que lorsqu'une articulation est malade les muscles voisins se contracturent pour l'immobiliser et réduire ainsi la douleur a son minimum. C'est ce qui s'est produit chez notre malade ; mais la contracture au lieu d'être passagère a survécu à la poussée rhumatismale. Par association d'idées la malade a surajouté à cette contracture nerveuse, une anesthésie de même nature.

On a vu que la suggestion a eu vite raison de ce symptôme, et qu'avec l'anesthésie, la contracture à disparu ; nouvelle preuve de cette association.

OBSERVATION XXIV

(M. Bernheim. *De la suggestion*, p. 520)

Paralysie rhumatismale de l'avant-bras et de la main droite. — Restauration totale de la sensibilité et partielle de la motilité en une séance. — Guérison totale en quatre séances.

G... (Jean-Baptiste), quarante-neuf ans, terrassier, se trouvait au café le 21 juin 1884, à six heures du soir, quand il sentit tout-à-coup qu'il ne pouvait plus soulever la main droite; les doigts et le tiers inférieur de l'avant-bras étaient anesthésiés et présentaient une sensation d'engourdissement et de pesanteur.

Il y a sept ans, il avait eu un rhumatisme articulaire localisé aux membres supérieurs; la douleur et le gonflement durèrent quatre jours, puis disparurent; mais les bras restèrent parésiés pendant six semaines, G... n'accuse aucun antécédent, ni syphilitique, ni alcoolique : il travaille dans l'humidité. Diagnostic : *paralysie rhumatismale.*

Il vint à la consultation de l'hôpital pendant quatre jours, son bras fut électrisé sans résultat.

Il vint alors consulter mon ancien chef de clinique, le Dr Émile Lévy, qui constata une *paralysie complète avec anesthésie du membre*; le malade ne pouvait faire le moindre mouvement.

Il l'hypnotisa (sommeil profond). A son réveil la sensibilité était restaurée, et le malade pouvait relever la main.

Après une seconde séance, les mouvements étaient plus prononcés encore.

Il l'envoya à notre consultation le 30 juin. Nous trouvons la main droite légèrement tuméfiée; le médius, l'annulaire, le petit doigt sont encore infléchis dans la paume de la main, sous un angle de 120°. Le malade serre assez bien avec la main, il redresse le poignet, mais avec une certaine difficulté. Pas d'anesthésie.

Après deux nouvelles séances d'hypnotisme, le malade ouvre la main très facilement, redresse parfaitement le poignet; la guérison est complète.

Cette observation ressemble à la précédente, avec cette différence, que le rhumatisme a développé chez ce malade une paralysie au lieu d'une contracture.

La raison de cette paralysie est la même que celle qui provoque une contracture. Dans un bras paralysé les mouvements sont réduits au minimum, il n'y a plus que

des mouvements passifs. A la paralysie, s'est associée une anesthésie que la suggestion a fait disparaître.

Nous avons vu, dans ce qui précède, que les causes locales peuvent agir soit par modification directe du nerf, commotion, contusion, choc nerveux, réflexe douloureux, soit par troubles de la circulation. Dans les observations précédentes, les troubles vaso-moteurs étaient pour ainsi dire au second plan et ne pouvaient qu'être soupçonnés ; dans les deux observations qui vont suivre, les troubles circulatoires jouent le rôle prépondérant.

C'est un phénomène connu et naturel que les troubles circulatoires entraînent avec eux un certain degré d'anesthésie, Il suffit de chercher l'anesthésie sur les membres œdématiés, ou de l'explorer sur un membre où la circulation est gênée par une artrite, une phlébite ou encore l'application du *garrot* pour se rendre compte que l'anesthésie est plus ou moins profonde.

Il peut arriver que, sans lésion notable des vaisseaux, par simples troubles vaso-moteurs, la circulation soit ralentie dans un territoire cutané. Dans ces conditions, il se produit de l'hypoesthésie et si le sujet qui la ressent est auto-suggestible, il gardera cette impression ou transformera cette insensibilité passagère en une anesthésie plus complète et durable.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ces troubles vasomoteurs ; on sait leur fréquence au cours des crises d'hystérie, et on peut se demander, si certaines anesthésies consécutives à ces crises n'auraient pas pour origine, les troubles de circulation qui ont accompagné les phénomènes convulsifs.

OBSERVATION XXV

(Inédite. Service de M. Bernheim, 1905.)

Crises d'épilepsie Jacksonnienne. — Artérite probable de l'artère humérale. — Hypoesthésie organique transformée par le psychisme en anesthésie complète. — Suppression par suggestion de l'anesthésie nerveuse surajoutée.

Résumé. — Pierre Th..., âgé de quarante-deux ans, garçon de culture, entre à l'hôpital le 12 décembre 1905.

En 1884, il aurait eu un chancre syphilitique et, pendant deux mois, il a suivi un traitement mercuriel.

En 1902, il a une première crise, caractérisée par un engourdissement du bras gauche et une perte de connaissance qui dura un quart d'heure environ.

Actuellement, les crises deviennent plus fréquentes et se présentent de la façon suivante : le malade éprouve des vertiges, puis des tiraillements dans le bras gauche : il se présente alors un trismus de la face et une contraction de la nuque : le pouls radial gauche devient *imperceptible*, et la résolution musculaire est complète pour les deux bras qui, soulevés, retombent inertes ; il existe une déviation conjuguée des yeux et de la tête du côté gauche, qui dure une minute environ.

Pendant la crise, il y a une *anesthésie complète et générale*. La crise dure cinq minutes environ.

Un sommeil calme lui succède. Dès son réveil, le malade peut causer et se trouve bien.

De temps en temps, le bras gauche est comme engourdi. Le pouls est plus faible du côté gauche.

Le membre supérieur gauche est *anesthésique* à la dou-

leur jusqu'au moignon de l'épaule. Le malade nous dit que ce symptôme a déjà été constaté.

Je pense qu'il s'agit d'une anesthésie psychique, provoquée par les troubles vaso-moteurs qui existent dans ce membre.

Par un traitement suggestif je restaure la sensibilité. Elle persiste entière pendant quelques jours, mais disparait à la suite d'une nouvelle crise. La suggestion la rétablit une deuxième fois, mais il reste toujours un peu d'hyperesthésie.

Il s'agit dans ce cas d'une affection organique cérébrale donnant lieu à des crises d'épilepsie Jacksonnienne, localisées surtout du côté gauche. Pendant la crise il se produit de l'anesthésie complète qui, après la crise, persiste dans le membre supérieur gauche seulement : l'artérite de l'humérale gauche, démontrée par la petitesse du pouls, peut expliquer la survivance plus facile de l'anesthésie dans ce bras, qui est naturellement hypoesthésié. L'effacement du pouls pendant la crise met en lumière l'existence de phénomènes de constriction vasculaire, qui peuvent développer l'anesthésie : celle-ci persiste au réveil par auto-suggestion simple ; la suggestion restaure la sensibilité dans une certaine mesure, mais la circulation défectueuse de ce bras fait qu'il persiste toujours un certain degré d'hypoesthésie.

OBSERVATION XXVI

M. Bernheim. (*Hypnotisme, suggestion*, p. 260.)

Une hystérique, âgée de vingt-trois ans, entre dans mon service en novembre 1899. C'est une impulsive, qui a successivement toutes les manifestations somatiques et psychiques de l'hystérie, crises convulsives, accès de somnambulisme, hématémèse, pseudo-tympanite nerveuse, polyurie L'observation est relatée en détail dans la thèse de M. Kaplan (*De la pseudo-tympanite nerveuse du ventre en accordéon*, thèse de Nancy, 1900). Je ne veux parler ici que du symptôme hémianesthésie avec hémiplégie.

La malade avait quitté le service le 1er avril, débarrassée de ses crises, ayant comme symptôme dominant une pseudo-tympanite réductible par la suggestion, mais se reproduisant sans cesse.

Elle se présente à ma consultation le 5 mai, avec de l'anesthésie et de la parésie localisée dans la main gauche. Le 9 mai, elle revient ; l'anesthésie s'est étendue à tout le membre supérieur gauche et au thorax du même côté ; tous les modes de sensibilité sont abolis, y compris le sens musculaire.

La malade, les yeux fermés, ne trouve pas sa main gauche et évite même ostensiblement de la rencontrer.

Le 16 mai, elle se décide à rentrer à l'hôpital. L'hémianesthésie occupe toute la moitié gauche du corps avec hémiparésie et anesthésie sensorielle, cécité et surdité presque totales du même côté.

On constate aussi que le pied et la main gauche sont notablement plus froids que les doigts. Le dynamomètre donne 37 pour la main droite et 2 pour la gauche.

Les mouvements sont très limités.

A partir du 22 mai, la malade ne peut plus se tenir debout.

Cet état persiste les jours suivants, associé à de la polyurie et des hématémèses. Les mouvements commandés aux membres gauches n'existent presque pas, mais la malade exécute parfois des mouvements automatiques. Le 23, pendant que je tiens sa main paralysée, elle la retire.

L'abaissement thermique persiste à la main et au pied. Le 25, je constate 32°,2 à la main droite, 23° à gauche.

Le 28, à trois heures, quelques mouvements convulsifs de la main gauche, à la suite desquels la main s'est réchauffée et présente la même température que la droite, tandis que le pied reste froid.

Le 29, à midi, on constate 33°,2 à la main droite, et 31°,9 à la gauche.

Le 30, cette dernière est redevenue froide. mais n'est plus cyanosée comme auparavant.

La situation reste la même ; l'hémianesthésie avec hémiplégie persiste ; on constate que la malade remue souvent comme automatiquement le bras gauche, quand on ne fait pas attention à elle. J'essaie en vain de restaurer la sensibilité et le mouvement par suggestion, friction, électrisation, etc. Rien n'y fait.

Le 13 juin, j'essaie une nouvelle tactique.

Je dis à la malade : « Maintenant, que votre système nerveux est plus calme, que vous êtes moins agitée, je puis guérir votre paralysie. Je m'y suis mal pris jusqu'à présent. Je vais avec l'épingle chercher la sensibilité sur le côté droit et la ramener à gauche ». « Fermez les yeux ! » Touchant alors avec l'épingle le côté droit du thorax, je dis : « Ici vous sentez ; je cherche la sensibilité et vais la ramener à gauche : vous me direz quand vous cesserez de sentir

l'épingle ». Je promène l'épingle de droite à gauche. Quand elle arrive au niveau du sternum, la malade dit ne plus sentir.

Avec le crayon rouge, je marque frauduleusement la limite à deux travers de doigt à gauche de la ligne médiane.

Puis, couvrant les yeux à la malade, je lui dis : « A la bonne heure, c'est comme cela qu'il fallait opérer. Votre sensibilité est reconnue jusqu'à cette ligne ». Et, en effet, la malade sent l'épingle en avant et en arrière, jusqu'à deux travers de doigt de la ligne médiane.

Le lendemain 14, le résultat s'est maintenu. De plus, la malade remue mieux les doigts, fait les mouvements de pronation et de supination, lève bien l'avant-bras.

Je continue la même tactique au crayon rouge. Dans une première opération, je gagne encore deux travers de doigt. Dans une seconde, je rétablis la sensibilité jusqu'au bord extérieur de l'aisselle, et sur l'abdomen jusqu'à une ligne passant par l'épine iliaque antérieure ; à la face jusqu'au niveau de la tempe.

Dans une troisième, procédant toujours de la même façon, ayant l'air de chercher la sensibilité dans la région sensible et la ramenant du haut en bas, je la restaure jusqu'au pli du coude ; et puis dans le membre inférieur jusqu'au genou. Le sens musculaire est revenu, ainsi que la sensibilité sensorielle, sans suggestion spéciale.

Le 15 juin, la sensibilité restaurée s'est maintenue ; l'anesthésie n'existe plus qu'au-dessus du coude et du genou, la malade remue bien le bras, mais accuse de la lourdeur de l'avant-bras. Par le même procédé, je ramène la sensibilité jusqu'au poignet.

Dans l'après-midi, pendant le sommeil, l'anesthésie se reproduit spontanément, et persiste dans toute la moitié

gauche le lendemain et le surlendemain. Je ne m'en occupe pas, laissant la malade sans traitement.

Le 17, dans l'après-midi, la malade ayant l'idée d'aller au jardin, la sensibilité perdue se restaure spontanément ainsi que la motilité sauf dans la main.

Le 18, même état. Avec le crayon, je restaure la sensibilité dans la main, jusqu'à la racine des doigts.

Le 19, je la restaure dans une première épreuve jusqu'au milieu des doigts ; dans une seconde, jusqu'à l'extrémité. L'anesthésie a tout à fait disparu au membre supérieur, le dynamomètre donne 38 à la main droite, 15 à gauche. Puis, après frictions suggestives de quelques secondes sur la main et l'avant-bras, la main gauche donne 28.

Dans le membre inférieur gauche, la sensibilité s'est maintenue jusqu'au genou. Je la ramène lentement en une épreuve dans toute la jambe et le pied. La malade peut alors lever le pied en l'air, faire tous les mouvements. Je la fais se lever, et avec un peu d'entraînement suggestif j'arrive rapidement à la faire marcher et courir !

Le lendemain, je constate que la température est redevenue égale dans les deux mains et les deux pieds. La guérison est complète, la malade a pu sortir en ville.

En résumé, hémianesthésie avec hémiplégie chez une hystérique, datant de quarante jours, résistant à la suggestion, rapidement guérie en quelques jours par notre procédé suggestif au crayon coloré.

On a constaté chez cette malade une certaine différence de température, entre la main gauche et la main droite. Il se pourrait que cette différence de température ait été l'origine d'une anesthésie de la main gauche. La malade habituée à des explorations de sensibilité, aurait d'elle-même, automatiquement, réalisé une hémianesthésie

gauche sensitivo-sensorielle. Parallèlement elle aurait associé une hémiparésie à cette hémianesthésie.

En résumé voici selon moi la filière des symptômes présentés par elle : troubles vaso-moteurs de la main, hypoesthésie réelle, puis anesthésie de la main, hémianesthésie, hémiparésie.

Tout ces symptômes ont disparu pour ainsi dire simultanément, sous l'influence d'un traitement suggestif.

Au lieu d'attribuer aux troubles vaso-moteurs de la main gauche, l'étiologie de l'hémianesthésie et de l'hémiparésie, on peut aussi se demander si ces syndrômes n'ont pas pour origine des phénomènes de constriction vasculaire cérébrale et périphérique, réalisée pendant la crise et entraînant avec elle de l'hypoesthésie et de l'hémiparésie, qui persistent comme image psychique. Cette diminution de la sensibilité, a-t-elle été perfectionnée par l'exploration médicale? Nous ne le savons pas, la malade ayant été traitée hors du service.

Quoi qu'il en soit, on retiendra déjà ce fait, que dans les cas même, où l'origine spontanée de l'anesthésie paraît hors de doute, on peut admettre que l'autosuggestion intervient pour maintenir ou compléter le phénomène.

D. — Anesthésies par association avec d'autres troubles dynamiques

On a vu dans les paragraphes précédents, que beaucoup d'anesthésies en apparence spontanées, existent chez des sujets ni hystériques, ni hystérisables, et qu'il est facile de démontrer l'origine auto-suggestive de ces anesthésies.

En l'espèce, il ne s'agit pas comme on le disait d'anesthésies hystériques, mais d'anesthésies psychiques.

Le plus souvent ces anesthésies sont greffées sur des lésions organiques, et restent dans le cerveau du malade, comme l'image fidèle d'une anesthésie réelle, qui a existé à un moment donné. D'autres fois, elles ont un substratum organique et se substituent à l'hypoesthésie causée par la lésion anatomique. Dans tous ces cas, le point de départ peut être établi, pourvu qu'on le recherche avec soin.

Mais il existe encore toute une catégorie d'anesthésies dites hystériques, pour lesquelles toute idée de suggestion soit spontanée, soit venant d'un autre, semble devoir être éliminée ; elles apparaissent donc comme étant véritablement spontanées.

Est-ce, exact ou bien ne doit-on pas admettre au contraire, que ces anesthésies sont comme les autres, auto-suggestives ?

Ici encore l'expérimentation vient nous éclairer. Si je mets un sujet en sommeil profond et que je lui suggère une hémianesthésie persistante, que se passe-t-il ? « A

son réveil il ne se souvient de rien ; il se sert de sa main insensible, écrit, travaille, marche, ramasse une épingle, comme si de rien n'était. Il est tout étonné, quand je le touche et le pique du côté gauche, de ne rien sentir ; quand je ferme son œil droit, de ne rien voir ; quand je bouche son oreille droite, de ne rien entendre. L'hémianesthésie n'existe pour lui que quand je la démontre.. » (1)

Le malade constate son hémianesthésie, sans savoir comment elle est survenue : il *la croit spontanée*, et il ne se rappelle pas qu'elle lui a été suggérée. C'est ainsi que les faits se sont passés pour la malade de l'observation VII.

Or, cet état de sommeil profond que j'ai réalisé par suggestion, s'accomplit quelquefois spontanément, sous l'influence de fortes secousses, de grosses émotions : c'est la léthargie des auteurs. Dans ces cas, si l'on examine le malade on constate le plus souvent pendant le sommeil, une anesthésie quelquefois très profonde, au tact et à la douleur.

Il n'est donc pas illogique de croire que le souvenir de cette anesthésie reste marqué dans le sensorium du malade, comme était restée l'image des anesthésies traumatiques par exemple, et à son réveil le malade est anesthésique. Son anesthésie paraît spontanée ; elle n'est pourtant que le souvenir, resté vivace, de son anesthésie pendant le sommeil. C'est encore une anesthésie par auto-suggestion.

D'autres fois c'est pendant une crise convulsive que

(1) Bernheim, *loc. cit.*, p. 267.

l'idée d'anesthésie s'est imposée au cerveau du sujet : les hystériques, en état de convulsions, sont généralement insensibles. Ils restent tels, lorsque leur crise est passée : ce sont encore des anesthésies par auto-suggestion ; le psychisme garde le souvenir d'une anesthésie qui a existé. Ce souvenir reste latent, et l'examen, l'exploration clinique peut le revivifier. Celà est si vrai que souvent il faut plusieurs examens successifs pour le faire réapparaître, de même qu'il est nécessaire souvent d'insister avec assez de force, pour réveiller dans l'esprit d'un hystérique ou d'un hypnotisé, le souvenir des évènements qui se sont déroulés pendant la crise ou le sommeil nerveux.

Tous ces phénomènes paraissent bien être de même nature.

Enfin il est un autre mécanisme auquel on n'a pas, ce me semble, assez songé. On croit généralement que les sujets en état de crise ou en état de sommeil nerveux ne pensent, ne réfléchissent pas. Je crois que cette opinion n'est pas exacte : si l'on interroge des malades après leurs crises, et qu'on insiste un peu pour réveiller leur mémoire on se rend compte que le cerveau n'est pas resté vide d'idées pendant la durée de la crise ou du sommeil.

A l'occasion d'un trouble circulatoire, d'une contracture violente, suivie de résolution complète, ces malades peuvent, disons le mot, rêver qu'un de leurs membres est devenu anesthésique ou paralysé ; ces troubles, réellement provoqués par la crise elle-même, et sentis par le malade, peuvent persister au réveil, bien que la cause qui les a produits ait cessé d'agir.

L'hystérique éveillé, continue le rêve de sa crise ou de son sommeil : l'idée lui est venue qu'il était paraplégié, que son bras ne pouvait plus plier : cette idée se fait acte, et par un phénomène d'association sur lequel j'ai déjà insisté, l'anesthésie se surajoute à la paralysie ou à la contracture.

En somme, entre un hystérique qui se réveille anesthésique, après une crise ou un sommeil dit léthargique, et un sujet hypnotisable à qui l'on a suggéré une hémianesthésie, il n'y a que cette différence, que pour ce dernier, on sait comment l'idée à pénétré dans son cerveau, et que pour le premier on l'ignore.

Et sait-on souvent par quelles associations d'idées bizarres et compliquées une idée entre dans notre conscience ?

L'anesthésie ainsi produite, peut, chez certains sujets, être maintenue par une auto-suggestion véritablement irréductible, et devenir ainsi une obsession, une localisation cérébrale, une impression fixe.

L'anesthésie peut ainsi être créée chez l'aliéné par une obsession, par l'idée qu'il est mort, qu'il ne sent plus, qu'il est autre — c'est le délire négatif. Dans ce cas aussi, le sujet actionné par l'idée qu'il est mort ou partiellement mort, neutralise, avec son cerveau toutes les impressions venues du monde extérieur, et que, logiquement, il ne doit pas sentir : l'esprit malade et obsédé par l'idée fixe, efface les impressions perçues par les cellules cérébrales.

Mais tandis que l'anesthésie psychique des hystériques ou des nerveux n'est réalisée par le cerveau qu'à la faveur d'une impression périphérique trompeuse, chez l'aliéné

au contraire l'idée d'anesthésie est créée par le cerveau lui-même qui, primitivement malade, en a l'idée fixe.

Dans le premier cas, l'idée d'anesthésie est comme un parasite de la pensée que la suggestion peut détruire, dans le second cas, l'auto-suggestion est morbide, liée à une maladie du cerveau, et ne peut pas être déracinée par la suggestion.

Au fond, le mécanisme est toujours le même : c'est une idée qui tend à seréaliser ; chez l'hystérique, on peut par un simple artifice, ou en réveillant les facultés de contrôle, démontrer au sujet qu'il sent, chez l'aliéné cette restauration de la sensibilité est impossible parce qu'on se trouve en présence d'une personnalité nouvelle, fermée en quelque sorte au monde extérieur.

Les arguments qui convainquent ou surprennent la raison, n'ont plus rien à faire où la raison n'est plus !

Ce rapprochement m'a semblé instructif ; en tout cas, notre observation d'aliéné, met en lumière d'une façon éclatante la toute puissance de l'idée pour la réalisation d'une anesthésie psychique.

OBSERVATION XXVII

(M. Bernheim. *De la suggestion*, p. 401).

Crises convulsives hystériques avec anesthésie sensitivo-sensorielle, suite de coups. — Guérison rapide par suggestion.

M... (Victorine), dix-huit ans, repasseuse, est entrée à l'hôpital dans la nuit du 6 au 7 juillet 1889. Vers huit heures du soir, elle avait été battue sur l'escalier de sa maison par une femme, habitant la même maison, sans cause connue,

cette femme étant, suppose-t-elle, ivre. Elle fut prise immédiatement de convulsions hystériques qui se répétèrent coup sur coup, avec strangulation, cris, grands mouvements. On ne put les arrêter et on l'amena à l'hôpital vers minuit. Elle n'a jamais eu de maladie antérieure. Elle est habituellement bien réglée. C'est une fille forte, grosse, bien constituée, d'une intelligence faible, d'un tempérament nerveux, très irritable. Je constate le 20 juin : *de l'anesthésie avec analogésie générale ;* absence du sens musculaire. La pression de la région abdominale seule détermine de la douleur partout. L'odorat est aboli ; la vision est conservée, mais il y a de la dyschromatopsie ; le rouge est vu jaune ; le violet, foncé gris ; le bleu, jaune ; le blanc, bleu. De temps en temps la malade a un certain degré de contracture dans les membres. Depuis une heure du matin, elle n'a pas eu de crise ; elle n'accuse ni strangulation, ni douleur, toutes les fonctions respiratoire, cardiaque, digestive sont normales. On ne constate aucune trace de contusion sur le corps.

J'applique, sans rien dire, une pièce d'or sur le pied gauche ; au bout de dix minutes la sensibilité n'est pas revenue ; je remets la pièce au même endroit, en prévenant la malade que la sensibilité va revenir sur toute la moitié gauche du corps. Au bout de dix minutes, je constate en effet *que toute la moitié gauche du corps exactement, a recouvré la sensibilité tactile et à la douleur, et le sens musculaire,* la moitié droite reste insensible. La dyschromatopsie, persiste.

Dans la journée d'hier, la malade accusait une douleur vers la région axillaire droite, douleur qui l'a empêchée de dormir. La sensibilité tactile et à la douleur existe sur le membre inférieur gauche. Une piqûre d'épingle ou une pression légère sont bien ressenties au membre inférieur droit, moins distinctement au membre supérieur ; le côté

droit de la face reste analgésique. La dyschromatopsie persite ; les odeurs ne sont pas perçues, le sel mis sur la langue n'est pas perçu. L'oreille gauche n'entend pas le tic-tac de la montre ; l'oreille droite le perçoit à 30 centimètres.

J'hypnotise la malade qui entre facilement en somnambulisme et je suggère le retour de la sensibilité. Immédiatement après le réveil, elle existe partout, mais quelques instant après, explorant de nouveau, je constate une hémianesthésie complète. La douleur du côté a disparu.

Je continue les jours suivants à faire la suggestion hypnotique. La sensibilité reparait nette et définitive dès la seconde séance, la dyschromatopsie a disparu définitivement ; l'olfaction est restaurée. L'ouïe est rétablie après la troisième séance.

Le 6 juillet la malade complètement guérie, quitte l'hôpital.

Cette malade après sa crise a présenté *un certain degré de contracture* et *une hemianesthésie*. La réunion de ces deux symptômes, ne tend elle à prouver qu'ils sont comme le reliquat, le souvenir gardé par auto-suggestion, des troubles mêmes qu'elle a présenté au cours de sa crise ?

La question peut se poser.

OBSERVATION XXVIII

M. BERNHEIM (*De la suggestion*, p. 192).

Hystérie. — Paraplégie (incomplète) avec anesthésie des jambes. — Restauration de la sensibilité en une séance, de la motilité en six séances.

Mme G..., 21 ans, cigarière, entre à la clinique le 18 octobre 1884. Mariée depuis quatre ans, elle n'aurait vécu avec son mari qui est très violent, que pendant deux jours, et est

séparée de lui. A l'âge de douze ans, elle aurait eu une fièvre typhoïde, suivie de pleuro-pneumonie.

Réglée à quinze ans, elle a toujours été régulièrement menstruée, n'a pas de leucorrhée, n'a pas eu de grossesse. D'un tempérament névropathique, elle est sujette aux colères et a souvent des migraines et des névralgies, elle paraît aussi avoir quelques habitudes alcooliques. Son père est mort poitrinaire, sa mère est nerveuse, mais n'a jamais eu de crises hystériques ; elle a un frère bien portant.

En 1879, à la suite d'une violente colère, elle eût une crise hystérique qui dura six heures et fut suivie d'une anesthésie et d'une contracture généralisée dans les membres et la mâchoire qui persista complète pendant huit jours, elle resta six semaines à l'hôpital avant d'être totalement guérie.

En 1881, à la suite de contrariétés, elle eût une nouvelle crise hystérique violente qui dura deux heures et fut suivie de paraplégie avec anesthésie. Cette paraplégie persista pendant quinze jours, elle resta trois semaines à l'hôpital.

Le 18 novembre 1884, en arrivant le matin à six heures et demie à la manufacture des tabacs, elle eût, sans cause appréciable, une nouvelle crise qui avait été précédée de céphalalgie pendant deux ou trois jours. Elle sentit que tous ses « nerfs » se tordaient, elle cria, appela au secours, puis tomba sans connaissance. Elle resta ainsi pendant une heure, se débattant, se roulant par terre, heurtant la tête contre le sol. Environ un quart d'heure avant de tomber, elle avait une sensation de boule à la gorge qui l'empêchait de respirer, et à son réveil, elle eût une soif vive ; ses jambes étaient raides et incapables d'exécuter aucun mouvement.

Le 19 novembre, on constate : intelligence nette. Les jambes sont dans l'extension, elle fléchit un peu les pieds et les orteils, mais ne peut fléchir les genoux ; elle peut sou-

lever les deux jambes à huit centimètres de hauteur seulement.

Anesthésie avec analgésie complète depuis les rotules jusqu'aux extrémités des orteils. Les mouvements réflexes existent, mais peu accentués. Le sens musculaire est aboli dans les jambes. Pas d'ovarialgie. — Accuse une douleur à la région fronto-pariétale gauche.

J'essaie d'abord pendant quatre minutes la suggestion à l'état de veille, sans résultat.

Alors, je l'hypnotise : elle vient en sommeil profond, sans souvenir au réveil ; elle obéit aux suggestions pendant le sommeil, mais ne réalise pas les suggestions post-hypnotiques.

Au réveil, la sensibilité tactile et à la douleur est revenue ; la malade plie les deux genoux encore difficilement à angle obtus. La douleur fronto-pariétale a disparu.

Cette douleur revient dans l'après-midi, pour redisparaître spontanément le soir. De plus, à une heure, elle est prise d'une douleur à l'épaule gauche, dans la fosse sus-épineuse, empêchant l'élévation des bras au-dessus de l'horizontale. La malade essaie de se lever, mais ne peut se tenir sur ses jambes.

Le 20, la sensibilité est restée intacte. A bien dormi la nuit. La douleur à l'épaule persiste : elle peut fléchir les jambes à angle droit.

Hypnotisation : sommeil rapide et profond. Suggestion, Réveil lent.

Après le réveil, la douleur a complètement disparu ; elle peut lever le bras complètement ; elle fléchit les jambes plus vite et à angle droit.

Après la première crise, on constate une anesthésie avec contracture généralisée dans les membres et la mâ-

choire : n'est-ce pas là le tableau de la crise elle-même à un moment de son évolution ?

Après la deuxième crise, la malade eût une paraplégie avec anesthésie : qui n'a déjà remarqué la résolution musculaire complète qui suit souvent la crise d'hystérie ?

La dernière crise est suivie d'une contracture des jambes sur les cuisses avec anesthésie : c'est en réduction ce qui s'était passé après la première crise.

Dans ces trois cas, le cerveau paraît avoir gardé l'image de la crise elle-même, dans une quelconque de ses manifestations.

OBSERVATION XXIX

(M. Bernheim. *De la Suggestion*, p. 391).

E. M..., quarante-deux ans, festonneuse, entre à l'hôpital le 4 novembre 1884. Mère de onze enfants dont sept vivants; la dernière couche remonte à trois ans. — Elle a nourri huit enfants. Elle vit séparée de son mari qui la battait, depuis deux ans.

Depuis un mois, elle a des douleurs entre les deux épaules et au niveau de l'appendice xiphoïde ; elle aurait eu, au début, en même temps, des douleurs abdominales avec oppression qui la tinrent alitée pendant huit jours. Dans la nuit du 1er au 2 novembre, elle dit avoir eu trois fois des faiblesses avec perte de connaissance; elle ne peut mieux spécifier. Le 2, elle dut rester alitée se sentant trop faible pour se lever, et ne pouvant manger. Le 3, elle se leva, mais eût peine à se tenir debout, ne put encore rien manger, et dut se recoucher à six heures du soir. A huit heures du soir elle sentit une violente oppression épigastrique et perdit

connaissance toute la nuit ; elle ne se rappelle rien, mais on lui a dit qu'elle était très agitée et voulait se sauver.

A l'âge de vingt et un ans, elle aurait eu déjà des crises (hystériques) semblables, et, depuis, elle en a eu, à diverses reprises, à la suite d'émotions ; la dernière aurait été provoquée par des contrariétés avec ses enfants. Depuis son entrée à l'hôpital, elle ne se plaint que d'abattement.

Le 6, on constate : constitution délicate. Apyrexie, pouls 68, régulier, égal. – Intelligence nette. Respiration et bruits du cœur normaux. – Appétit faible, elle mange cependant de la viande, le ventre est un peu ballonné, pas de selles depuis avant-hier. Le ventre est sensible, surtout dans la région sous-ombilicale. — Leucorrhée abondante depuis deux ans. — Sensibilité très vive de la quatrième à la sixième apophyse épineuse dorsale.

Les doigts de la main droite sont sensibles ; le dos de la main est sensible au tact, mais analgésique, le bras, le thorax, la face et le membre inférieur du côté droit sont aussi analgésiques, mais ont conservé leur sensibilité tactile : à gauche, analgésie générale, sans anesthésie, sauf à la main qui est complètement anesthésiée. Le sens musculaire est aussi perdu ; la malade n'a pas la notion de la position des membres. La sensibilité des muqueuses est conservée.

La malade est hypnotisée et arrive au troisième degré. Suggestion. Au réveil, la sensibilité tactile est revenue dans les doigts ; l'analgésie persiste, ainsi que la douleur rachidienne. — Une seconde suggestion hypnotique fait presque disparaître celle-ci.

Le 7, la rachialgie et la douleur abdominale continuent à être très diminuées. Une nouvelle suggestion les fait disparaître complètement. Le 8, l'anesthésie existe de nouveau jusqu'au milieu de l'avant-bras, avec analgésie et abolition du sens musculaire. De même dans le pied droit. La

rachialgie n'a pas reparu. A mieux dormi cette nuit que les précédentes. Suggestion hypnotique : au réveil, la sensibilité tactile à la douleur et le sens musculaire ont reparu partout complètement, au pied et à la main. Pendant le sommeil, je fis la suggestion du retour de la sensibilité à la douleur ; je la pique avec une épingle : malgré mon dire, elle ne manifeste aucune sensation, mais immédiatement après le réveil, elle retire vivement sa main quand on la pique.

Le 9, la sensibilité persiste. A bien dormi. Mange de bon appétit.

Le 10, continue à bien aller. La main droite donne 15 au dynamomètre et après suggestion hypnotique 31 ; la main gauche donne 20 avant et 30 immédiatement après.

Le 11, va très bien. La main droite donne 36 avant et 38 après hypnotisation, la main gauche 31 avant et après. Le 14, main droite 39, main gauche 31. La malade continue à bien aller, et demande sa sortie.

Le point intéressant de cette observation, c'est qu'après la crise il n'y a que l'analgésie et l'anesthésie qui aient persisté. C'est en miniature la même symptomatologie, au point de vue de la sensibilité que celle qui existe pendant la crise elle-même.

La malade n'a pas gardé le souvenir des symptômes moteurs, elle n'a conservé que l'image des troubles de la sensibilité.

OBSERVATION XXX

(In *Revue de l'hypnotisme*, 1889, p. 251, de Burot, professeur à l'Ecole de Rochefort.)

Crise de sommeil nerveux. — Surdité psychique consécutive entretenue par des rêves subconscients. — Guérison par suggestion.

Mlle E..., dix-neuf ans, chlorotique, a eu le 15 octobre 1885, une crise d'évanouissement qui a duré une heure et à la suite de laquelle elle est devenue sourde.

Cette crise avait été déterminée par le départ d'un cousin qu'elle affectionnait beaucoup. Elle était survenue brusquement dans un magasin. Cette jeune fille s'était affaissée, avait perdu connaissance et n'avait présenté qu'un léger tremblement des mains.

A son réveil elle n'entendait plus les personnes qui lui parlaient et percevait à peine le tic-tac d'une montre. Les nuits suivantes elle fut agitée pendant son sommeil ; elle avait des rêves et était surtout tourmentée de l'idée de ne plus entendre. Le médecin qui lui donnait des soins avait, en effet, déclaré qu'il s'était produit une congestion cérébrale et que, probablement, l'ouïe ne reviendrait pas. Elle était arrivée à ne plus rien entendre, pas même le bruit de la montre, et sa famille était obligée d'écrire pour se faire comprendre.

Le 25 octobre, dix jours après la crise, je fus consulté. Cette jeune fille était très disposée à accepter la suggestion pour se débarrasser d'une infirmité aussi gênante : j'applique mes mains sur son front en faisant l'occlusion des paupières et j'attendis sans rien dire puisqu'elle n'entendait pas. Au bout de dix minutes, il se produisit un léger trem-

blement dans les membres. Pensant que le moment était opportun, je lui dis : « A votre réveil, Mademoiselle, vous entendrez. » Et ce fut fait.

Il arrive aussi pendant la crise ou le sommeil hystérique, que le malade est incapable d'entendre ce qui se passe autour de lui. Il est devenu sourd. Que cette surdité frappe son imagination et le malade la gardera pendant les jours suivants ! C'est ce qui paraît avoir été le cas pour cette jeune fille. De plus, cette surdité se maintenait et se perfectionnait par les rêves (1) qu'elle faisait. Dans ses rêves elle était tourmentée de l'idée de ne plus entendre. En faut-il davantage chez une malade suggestible pour entretenir cette surdité psychique ?

OBSERVATION XXXI

(Inédite. Service de M. BERNHEIM, 1905.)

Démence catatonique avec délire mystique. — Anesthésie. — Interprétation de cette anesthésie, fournie par le malade lui-même.

X..., âgé de vingt-neuf ans, cultivateur des environs de Nancy, entre dans le service, au mois de février 1904, avec le diagnostic de *léthargie hystérique.*

Il ne prononce pas une parole, garde les yeux fermés, et abaisse les paupières dès qu'on essaie de les soulever. On arrive cependant à lui faire accepter de la nourriture, qu'il

(1) ESCADE DE MUSSIÈRES. — *Les rêves chez les hystériques.* Thèse, Bordeaux 1896.

LÉVY. — Maladie de Raynaud et erythromelalgie par rêves, ayant déterminé des troubles vaso-moteurs. *Archives de Neurol.* 1895, page 166.

déglutit sans difficulté. Les membres restent aussi longtemps qu'on les y laisse, dans la position qu'on leur a donnée.

Le père du malade nous raconte que depuis un mois son fils était devenu triste : gai d'habitude, il se complaisait dans la solitude, absorbé par la lecture de livres pieux. Il travaille encore, mais sans enthousiasme ; il avait perdu toute initiative.

Depuis peu de jours il était brusquement tombé dans cet état de sommeil où il est encore aujourd'hui.

M. Bernheim pense qu'il s'agit, non d'un sommeil hystérique, mais d'une *catatonie. L'anesthésie est absolue à tous les modes de sensibilité.*

Le malade reste dans cet état pendant huit jours. Le huitième jour, à 4 heures du soir, il est pris d'un accès de manie aiguë, caractérisé par un délire exclusivement religieux.

Je vois le malade alors qu'il est en pleine exaltation. Je note les paroles qu'il prononce avec une voix tonitruante : « Je suis, je suis, je suis le fils de Dieu, le Christ, le Christ. le Christ est mort pour les péchés des autres, je suis, je suis venu sur la terre pour faire pardonner aux hommes. C'est Dieu. C'est Dieu, c'est Dieu qui parle, qui parle par ma bouche. Écoutez vous tous, qui avez péché, je viens, je viens pour vous sauver..., etc. »

A ce moment je le pique : *il réagit vivement ;* je lui mets le bras en l'air il l'abaisse avec une brusquerie remarquable.

Je lui fais remarquer que la veille encore il ne sentait pas et laissait ses membres dans la position qu'on leur donnait.

Il me répond : « *Il ne sentait pas parce qu'il ne devait pas sentir ; il gardait ses bras en l'air parce qu'il ne devait pas*

les baisser. Il devait, il devait obéir. — C'est Dieu, c'est Dieu qui le voulait, et maintenant il sent, maintenant il n'obéit plus. Le fils de Dieu est né, le fils de Dieu commande, commande, commande...

Le lendemain le malade a été évacué à Maréville.

Je l'ai revu 6 mois après ; il est toujours dans le même état de catatonie.

Ici le mécanisme de l'anesthésie est bien net.

Le malade, ou plutôt l'aliéné, se croit devenu le fils de Dieu, et comme tel n'agit que sur les ordres du Seigneur. Pendant une période de huit jours il reste convaincu, que Dieu lui a défendu de bouger, de sentir et lui a commandé d'obéir ; alors on peut le piquer, il ne dit rien parce qu' « *Il ne devait pas sentir.* » Après cette période de catatonie il s'agite ; l'heure est venue, il sort de sa torpeur apparente, il sent, il pousse des cris : maintenant dit-il, il sent, parce qu'il doit sentir.

Son anesthésie est donc bien sous la dépendance d'une idée, qui provient du changement complet de la personnalité du malade. Ce changement survenu, par le fait de je ne sais quelles lésions cérébrales, a transformé l'homme normal en un aliéné. Désormais il va adapter toutes ses facultés à la conception qu'il se fait de sa nouvelle personnalité. C'est ainsi qu'il sentira, qu'il entendra ou qu'il parlera suivant les circonstances.

En résumé, l'anesthésie dite hystérique est une anesthésie par auto-suggestion, soit qu'elle ait comme point de départ une lésion organique, soit qu'elle subsiste dans l'imagination du malade à la suite d'une de ces crises nerveuses dont l'anesthésie constitue précisément une

des constatations les plus constantes. Cette anesthésie, enregistrée au moment de la crise, reste latente jusqu'au jour ou l'exploration médicale vient à la révèler.

Ainsi, *il n'y aurait pas d'anesthésies spontanées* persistantes dites hystériques ; ce sont toujours, quel que soit leur mécanisme primitif, des *anesthésies psychiques* retenues par auto-suggestion.

Ces anesthésies se rencontrent du reste chez un grand nombre de sujets, ni hystériques ni hystérisables, et manquent assez souvent chez ces derniers.

On ne sera plus étonné maintenant de constater que l'anesthésie nerveuse a des caractères cliniques, identiques à ceux de l'anesthésie suggérée.

Ces deux anesthésies sont l'œuvre d'une suggestion ; seulement, dans un cas, la suggestion vient pour ainsi dire de l'extérieur, elle est imposée au malade par une autre personne. tandis que dans l'autre cas, la suggestion s'impose d'elle-même au sujet à l'occasion d'un trouble organique, d'un désordre exclusivement dynamique ou même d'une simple exploration médicale (1).

Toutes ces anesthésies ne sont justiciables que d'un seul traitement : la suggestion.

Tous les autres procédés, s'ils réussissent, c'est en frappant l'imagination du malade ; aussi n'est-ce pas sans étonnement, que je lis des phrases dans le genre de celles que je vais rapporter et qui sont écrites par MM. les professeurs Raymond et Dieulafoy à l'occasion d'anesthésies psychiques :

---

(1) Au moment où s'imprime ce travail, paraît dans la *Semaine médicale*, (novembre 1905), un article de M. Marinesco sur la *Baresthésie*. Il me paraît bien que l'auteur a exercé sans s'en douter une certaine suggestion sur ses sujets.

« On rétablira la sensibilité par la métallothérapie, l'hydrothérapie ou un procédé quelconque, et si c'est nécessaire, *il n'y a aucune raison* pour qu'on ne recoure pas à la suggestion (1) ».

« J'ose à peine parler du traitement de la cécité hystérique, car à vrai dire, il n'y a pas de traitement. Tantôt, cet accident défie tous nos moyens : aimantation, électricité, statique, métallothérapie, révulsifs, hydrothérapie, suggestion, isolement, injection d'extrait glycériné d'ovaire... en tout cas, notre rôle est d'entretenir la confiance et l'espérance chez nos pauvres aveugles, en leur promettant la guérison qui un jour ou l'autre arrivera sûrement (2) ».

Parler ainsi, c'est montrer qu'on ignore la nature des anesthésies hystériques et qu'on n'a pas compris ce qu'est en réalité la suggestion.

Ces auteurs semblent confondre celle-ci avec l'hypnotisme et attribuer à l'hypnotisme une vertu mystérieuse, esthésiogène, comme à la métallothérapie, et voire même à l'extrait glycériné d'ovaire !

Ils ne se sont pas encore rendu compte que la métallothérapie, l'aimant, l'électricité statique n'ont et ne peuvent avoir contre les anesthésies qu'une vertu purement suggestive, comme M. Bernheim l'a depuis longtemps démontré et comme cela ne peut être contesté par quiconque voudra répéter les expériences.

Il est vrai de dire que certains nerveux anesthésiques

(1) M. le prof. RAYMOND. Conférence clinique à la Salpêtrière. *Rev. de l'hypnot.* Juillet 1904.

(2) M. le prof. DIEULAFOY. Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu in *Semaine médicale*, 13 décembre 1905.

ou amblyopiques unilatéraux retiennent leurs symptômes auto-suggestifs avec une tenacité égale à leur foi : plus on s'évertue à leur montrer que leurs symptômes ne sont pas réels, plus ils se démontrent à eux-mêmes qu'ils le sont, et ils les gardent par la confiance inébranlable qu'ils ont en cette anesthésie qu'ils sentent réelle : on en a vu des exemples typiques dans nos observations. Mais un médecin qui est au courant de la suggestion, arrivera toujours avec de la patience et de la persévérance, en variant ses procédés, en les adaptant à l'individualité psychique du sujet, en usant de subterfuges, en évitant de réveiller l'esprit de contre-suggestion, à détruire cette anesthésie psychique qui n'est qu'une illusion négative. On a vu dans nos observations les procédés employés à la clinique de M. Bernheim : suggestion simple, suggestion incarnée dans un procédé mécanique, aimants, pseudo-aimants, électricité, suggestion par transfert ou pseudo-transfert à un autre sujet, procédé au crayon coloré, etc.

Mais, qu'on le sache bien, tous ces procédés, quels qu'ils soient, ne peuvent agir que psychiquement.

Ces considérations mériteraient certes d'être développées, mais il faudrait consacrer à la thérapeutique des anesthésies psychiques une place telle que je devrais dépasser le cadre que je me suis imposé. J'ai voulu seulement donner un aperçu général de tous les moyens auxquels on peut avoir recours. Pour qui les connaîtra bien, il sera facile d'entreprendre le traitement d'une anesthésie psychique.

Malheureusement, chez certains sujets, surtout lorsqu'il s'agit de psycho-nevrose d'origine traumatique,

l'anesthésie systémative et associée aux autres phénomènes : douleur, impotence, contracture, etc., semble rebelle à la suggestion.

Il est rare toutefois que celle-ci bien faite, n'obtienne pas un résultat passager qui met en évidence le mécanisme psychique de l'anesthésie (voir obs. IV).

Mais l'esprit du sujet, obsédé par l'idée fixe irréductible, reconstitue l'anesthésie et ne lui permet pas de la sortir définitivement de la conscience. Il s'agit là d'une vraie psychose, qui comme toutes les idées fixes pathologiques, ne peut plus être déracinée du cerveau malade.

Avant de terminer ces quelques considérations thérapeutiques, je voudrais signaler encore un procédé qui dans certains cas donne des résultats quand la suggestion simple ou *armée* a échoué.

On feint de ne plus s'occuper du malade : on évite ainsi de réveiller l'esprit de contre-suggestion et il arrive quelquefois, que par cette suggestion en quelque sorte négative, on peut réussir alors que tous les autres moyens sont restés sans effet.

CHAPITRE IV

Mécanisme de l'Anesthésie psychique

Je pense qu'il est maintenant bien établi que les anesthésies dites hystériques, sont d'origine auto-suggestives : il importe, à présent, de voir par quel mécanisme l'auto-suggestion réalise l'anesthésie nerveuse.

Mais auparavant, je crois utile d'exposer les différentes opinions formulées par les auteurs pour expliquer cette anesthésie.

Auguste Comte a écrit que l'étude des phénomènes de la nature a passé par trois phases : une phase fétichiste, une autre métaphysique, une dernière scientifique.

Chronologiquement cette manière de voir n'est peut-être pas tout-à-fait exacte : à une même époque, on a pu fournir en même temps des explications fétichistes, métaphysiques et scientifiques. Il ne faudrait pas pêcher par orgueil, et attribuer à notre siècle le mérite d'avoir seul apporté des arguments scientifiques. Cependant, pour un fait donné, on trouve encore généralement, pour peu que ce fait paraisse surnaturel, des explications qui relèvent

de conceptions fétichistes, métaphysiques ou de raisonnements scientifiques.

Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, les tables tournantes s'expliquent suivant les personnes par des raisons métaphysiques (présence et influence des Esprits) ou par des raisons scientifiques (mouvements inconscients des mediums).

Et que de questions encore obscures à l'heure actuelle que prétendent résoudre avec autant de vérité les métaphysiciens et les hommes de science?

Quant aux fétichistes, s'ils existent encore parmi les peuplades sauvages, ils deviennent de plus en plus rares chez nous, et quand il s'en trouve, on les rencontre plutôt dans les asiles que dans la foule. Si j'ai fait cette digression, c'est pour justifier la classification que je vais adopter, avec cette réserve, que les différentes interprétations que j'énumérerai ont encore à l'heure actuelle des partisans convaincus ; ma classification n'est donc pas chronologiquement exacte, mais représente pour chaque individu considéré séparément, les phases successives par lesquelles peut passer son esprit avant d'atteindre la vérité.

Pour expliquer l'anesthésie psychique on a invoqué des causes :

1° d'ordre fétichiste ;

2° d'ordre métaphysique ;

3° d'ordre physiologique ;

4° d'ordre psychologique.

Ces deux dernières pouvant être résumées sous le terme d'ordre scientifique.

Interprétation fétichiste

J'ai rapporté un exemple de la puissance de certains fétiches ou talismans : on a lu dans le premier chapitre l'histoire de ce scélérat qui, grâce à la puissance magique d'un morceau de papier portant quelques inscriptions étranges, a pu supporter sans souffrir les douleurs les plus fortes.

Les exemples de cette nature ont du être fréquents au moyen âge et surtout dans l'antiquité.

On reconnaissait à certaines idoles, à certaines personnes le pouvoir magique de réaliser tout ce qu'on leur demandait.

C'est l'époque des talismans, des amulettes grâce auxquels on peut éviter la souffrance ou guérir de certaines maladies comme l'amaurose ou la surdité.

Josèphe rapporte l'histoire d'un juif nommé Eléazar, qui, dans l'armée de Vespasien, guérissait les démoniaques en mettant dans leurs narines un anneau dans lequel était une racine indiquée par Salomon (le sceau de Salomon, *convallaria polygonatum)* et il conjurait le diable par des formules magiques de ce roi, pour l'expulser et l'empêcher de revenir.

Chez les anciens Grecs, les formules magiques étaient d'usage courant, elles accompagnaient toutes les pratiques médicales ; certaines tables, dites tables orphiques, portaient des inscriptions étranges dont la vue ou le contact guérissaient les maladies.

« Dans l'Odyssée nous voyons les fils d'Antolychus

guérir les blessures d'Ulysse et arrêter par le secret des chants magiques, le sang qui coulait à longs flots de pourpre.

Si l'on a la curiosité de lire les vieux livres de médecine on trouvera encore presque à chaque page des formules à l'usage des malades, et capables de supprimer la douleur quand elles ont été prononcées plusieurs fois, de certaine façon.

A notre époque ces pratiques existent encore parmi les peuplades primitives : il suffit, pour s'en convaincre, de lire les relations de voyage des explorateurs.

Un administrateur colonial, qui a beaucoup voyagé, m'a souvent raconté que les indigènes de certaines régions du centre de l'Afrique arrivent à supprimer instantanément les douleurs les plus vives par le port de certaines plantes, de certains minéraux qu'ils attachent à leur cou. Il y a même dans ces pays un bois spécial qu'on taille sous forme d'épée et qui, placé sur le ventre de la femme qui accouche, peut supprimer complètement les douleurs de l'accouchement.

J'ajouterai que pour constater cette croyance en des fétiches, il n'est pas besoin d'accomplir de grands voyages.

Dans les campagnes, il existe encore des *guérisseurs par le secret*.

A Battexey (Vosges), un certain P... procède de la façon suivante pour supprimer une douleur de dent par exemple. A minuit, il se lève, et muni d'un morceau de bois, va battre l'eau de la fontaine en prononçant certaines prières ; s'il rencontre une personne dans sa sortie, il faut qu'il recommence le lendemain. Certaines personnes

prétendent avoir été guéries de névralgies par cette thérapeutique moyennageuse.

Un autre supprime les douleurs par la formule suivante : « Par le vin blanc, par le vin noir, par le vin rouge, je t'ordonne de sortir de cette dent ».

A Dompaire (Vosges), existe une sorcière qui jouit d'une assez grande réputation ; elle guérit certaines douleurs par l'application loco dolente de produits étranges.

J'ai vu à l'hôpital, dans le service de M. Bernheim, une jeune fille de 14 ans, venue de Dompaire dans les conditions suivantes : sa mère avait remarqué un jour qu'un long ruban rougeâtre pendait hors du vagin de sa fille. Conduite aussitôt chez le médecin, la jeune fille prétendit que ce ruban lui descendait quelquefois entre les jambes, puis remontait et disparaissait. Un jour, on put s'emparer d'un morceau de ce ruban : envoyé à M. le professeur Prenant, celui-ci reconnut qu'il s'agissait vraisemblablement d'intestin de porc ayant macéré. On se perdait en conjectures sur l'origine de ce produit bizarre. La jeune fille fut amenée dans le service de M. le professeur Gross. On constata un peu de vaginite, et on vit que le col de l'uterus était fermé.

Je demandai à voir la malade, et après l'avoir pressée de questions, elle m'avoua que la sorcière lui avait remis quelques mètres de « boyau » (intestin), et lui avait conseillé d'en placer des petits morceaux dans le vagin pour calmer les douleurs qu'elle ressentait du fait de sa vaginite. Effectivement, m'a dit la malade, cette thérapeutique l'avait soulagée.

La sorcière l'avait prévenue que, si jamais elle révélait ce secret, elle mourrait aussitôt. C'est ce qui explique la

comédie jouée par la jeune fille, à partir du jour où son secret avait été surpris.

Je pourrais multiplier les exemples, mais je crois la preuve suffisamment faite que la période fétichiste n'est pas encore close.

Les malades ont la foi en un talisman, en des paroles magiques, et cela suffit quelquefois pour supprimer certaines douleurs.

C'est l'anesthésie psychique expliquée par des raisons d'ordre fétichiste.

Interprétation métaphysique

Elle s'inspire de la croyance en une puissance suprême dévolue à Dieu et au Démon et à des Esprits.

Dieu s'il le veut, est capable de supprimer la douleur, et quand il punit, il est dans son pouvoir de rendre sourd ou aveugle.

Le Démon peut aussi rendre insensible à la souffrance ; cette croyance qui a régné pendant tout le moyen âge rend compte des épidémies de démonolâtrie auxquelles j'ai fait allusion dans le chapitre premier.

L'idée que Satan pouvait rendre anesthésique, s'emparait du cerveau de tous ces malheureux au point de créer chez eux, en même temps que l'anesthésie, les hallucinations les plus étranges. Devant la torture, en face du bûcher, on voyait quelques possédées affirmer qu'elles avaient été transportées au sabbat sur un manche à balai, et qu'alors, elles avaient eu commerce avec le

diable (1). Elles semblaient être si sincères dans leurs récits, que l'idée ne venait pas, qu'elles pussent être des simulatrices ou des folles. Tous leurs récits étaient tellement concordants qu'évidemment, elles disaient la vérité.

Alors, une seule raison était fournie pour expliquer leur insensibilité à la douleur ; c'était l'influence néfaste de leur commerce avec le diable (1).

Les anciens avaient aussi en leurs dieux une confiance aveugle, grâce à laquelle s'est accomplie toute une série de miracles rapportés par les historiens.

Une tablette votive, découverte dans l'île du Tibre en fait foi : « Un certain Gaïus, qui était aveugle, apprit de l'oracle qu'il devait se rendre à l'autel, y adresser des prières, puis traverser le temple de droite à gauche, poser ses cinq doigts sur l'autel, lever la main et la placer sur les yeux. Il recouvra aussitôt la vue en présence et aux acclamations du peuple. Ces signes de la toute puissance du dieu se manifestèrent sous le règne d'Antonin (2). Il s'agissait sans doute, d'une amaurose psychique ; on ne se demandait pas à cette époque par quel moyen le dieu avait guéri, on constatait seulement la preuve de son pouvoir.

Pendant de longs siècles, la croyance aux miracles, a

---

(1) Témoin ce fait rapporté par Nider dans son livre *De malefico maleficorum*, T. I, page 485 (cité par M. Bernheim) : Un paysan de Vaux, soupçonné de sorcellerie fit la déclaration suivante : « Je suis coupable, tout disposé à faire l'aveu de ma scélératesse : puissent les hommes m'accorder leur pardon à présent que je vais quitter la vie. J'ai pris l'engagement de fléchir le genou devant le maître de l'enfer, j'ai bu du suc extrait de la chair d'enfant, suc que les adorateurs de Satan conservent précieusement dans des outres : ce breuvage procure un savoir qui n'appartient qu'aux initiés ».

(2) Cité par M. Bernheim, *loc. cit.*, page 6.

retardé l'apparition d'explications plus réelles, plus scientifiques de ces phénomènes psychiques extraordinaires. Pour qui croit qu'une puissance supérieure est capable de créer ou de supprimer une amaurose ou une surdité par exemple, cette conviction suffit : il est inutile de chercher à pénétrer le mystère de la psychologie humaine. Le phénomène échappe à notre raison, et dépasse toute interprétation. Le sujet sent ou ne sent pas, est aveugle ou voit clair, parce qu'une puissance métaphysique l'a voulu ainsi.

Que diraient donc maintenant tous ces hommes de l'antiquité ou du Moyen-Age, s'ils pouvaient assister, dans un service d'hôpital, à ces guérisons jadis qualifiées de miraculeuses, et qui s'expliquent parfaitement aujourd'hui, à la lumière de la saine raison, sans qu'il soit besoin d'invoquer pour les interprêter aucune intervention divine ou surnaturelle ?

Beaucoup reconnaîtraient de bonne foi leur erreur, qui ne résisterait pas à l'évidence des faits, certains, cependant, et il en est encore de nos jours, ne seraient pas convaincus et au lieu d'adapter leurs croyances aux faits, ils adapteraient les faits à leurs croyances.

Mais je dois ajouter que certains savants avaient dès le Moyen-Age essayé de concilier les théories scientifiques de l'époque avec les phénomènes surnaturels.

Dieu produisait le miracle, mais grâce à un fluide spécial qu'il émettait : on ne recherchait ni la nature, ni les propriétés de ce fluide ; on se contentait d'affirmer son existence. C'est la théorie de Van Helmont, de Goclénius, de Burgravius, de Wirdig.

Cette conception de Dieu, versant un fluide, existe

dans de nombreux tableaux religieux. Le tableau de Michel-Ange : « La création de l'homme », qui se trouve à la chapelle Sixtine, montre Dieu versant la vie dans le corps d'Adam, par son index étendu vers l'index du premier homme ». On trouve cette même idée dans un certain nombre de tableaux représentant des stigmatisés, des saintes chez qui le fluide divin a provoqué les stigmates.

Paracelse, au XVIe siècle sépara le fluide magnétique du Dieu qui l'émettait, préparant ainsi la transition avec les doctrines de l'époque suivante.

Pour lui « il existe un fluide impalpable d'une ténuité extrême, répandu dans tout l'univers ; ce fluide pénètre partout ; il vivifie la nature ; il est le moyen d'action réciproque entre les corps ».

C'est à peu de chose près, la doctrine de Mesmer et de ses successeurs : certaines personnes étaient capables d'extérioriser hors d'elles-mêmes, une certaine quantité de fluide et de magnétiser ainsi d'autres personnes et même des objets.

Les objets magnétisés, deviennent ainsi invisibles à la personne mise en état de sommeil somnambulique : Teste explique le phénomène de la façon suivante : « C'est le fluide magnétique, vapeur inerte, opaque et blanchâtre, séjournant comme un brouillard où la main le dépose, qui cache les objets à la somnambule. »

D'autres exemples d'anesthésie visuelle sont expliqués par Charpignon (1) d'une manière presque identique :

« La faculté de faire passer dans la vie ordinaire le

---

(1) CHARPIGNON. *Loc. cit*, 84.

souvenir de ce qui a lieu dans l'état somnambulique s'étend aux modifications que l'on opère sur les fonctions des sens. Ainsi, ayant présenté a des somnambules trois oranges, dont une seule avait été magnétisée et entourée d'une couche épaisse de fluide, avec l'intention qu'elle restât invisible, cette orange le fut, en effet, lorsque ces somnambules furent rendues à leur état normal. En vain nous affirmions que le plateau portait trois oranges, elles riaient de nous et nous présentaient les deux oranges qu'elles saisissaient. Enfin, tâtonnant de la main, elles rencontrent un corps qu'elles prennent, le charme disparaît, et les trois oranges deviennent visibles. Je demande à une autre somnambule si elle voit la petite table qui est au milieu de notre salon, elle répond oui. Alors j'enveloppe tout le pied de fluide, et elle s'étonne de voir un dessus de table suspendu. Au réveil, l'étonnement ne peut être décrit; cette demoiselle presse de tous côtés cette table aérienne, elle la trouve solide et s'en va, fort inquiète sur notre compte. Nous avons varié de mille façons ces expériences, que nous croyons très peu connues, et nous avons toujours réussi lorsque nous avions affaire à une somnambule bien lucide ».

C'est encore une explication d'ordre métaphysique qu'emploient les spirites pour ne pas avouer leurs hallucinations négatives inconscientes.

J'avais un ami, ingénieur, très intelligent, qui, un jour, me fit le récit de séances de spiritisme auxquelles il avait assisté. Devenu spirite lui-même, il avait quelquefois remarqué, le soir dans sa chambre, la disparition instantanée de certains objets qui s'y trouvaient. Ces objets revenaient aussi vite et occupaient la même place.

Il signale le fait à la Société spirite qu'il fréquentait, et on lui affirma que les esprits étaient capables de dissimuler un objet, et beaucoup de membres de la Société prétendirent avoir déjà constaté des phénomènes semblables.

Mon ami était tellement convaincu de n'avoir pas été victime d'une hallucination négative qu'il me proposa d'invoquer les Esprits et de recommencer ensemble l'expérience. Inutile de dire que je n'ai rien remarqué d'anormal.

Cet exemple montre que les cerveaux les mieux organisés, les esprits les plus positifs, peuvent être victimes d'auto-suggestions inconscientes, lorsqu'absorbés par des études très abstraites comme c'était le cas pour mon ami, ils sont envahis par l'idée de la puissance de forces extra naturelles.

En somme, ces deux variétés d'interprétations, fétichiste et métaphysique, ne sont pas en réalité des interprétations : elles indiquent tout simplement la méconnaissance de la suggestion, c'est-à-dire de l'aptitude du cerveau a réaliser l'image psychique d'un phénomène. Frappés par ces manifestations étranges qu'ils ne pouvaient comprendre, et dont l'évidence s'imposait à eux, les hommes dépourvus de notions psychologiques suffisantes, devaient chercher naturellement l'explication des phénomènes, non en eux-mêmes, mais dans une cause extérieure : Dieu, Démon, Fluide, Esprits.

Le surnaturel ne pouvait s'expliquer que par le surnaturel.

Interprétation physiologique

Presque toutes les interprétations anatomo-physiologiques qui ont été fournies, s'inspirent de cette idée, qu'une sorte d'inhibition peut s'exercer sur les centres de la sensibilité, inhibition empêche la sensation de pénétrer jusque dans le champ de la conscience.

Quelques auteurs, la plupart élèves de la Salpêtrière, se sont contentés d'affirmer la réalité de ce processus inhibitoire, d'autres, comme M. Binet-Sanglé ont essayé de l'expliquer par des considérations d'ordre histologique.

Je ne passerai pas en revue toutes les théories qui ont été formulées ; je ne citerai que les principales d'entre elles.

Du reste, elles sont toutes justiciables d'une même critique, puisqu'elles s'inspirent sans distinction d'une même conception, *erronée*.

Tous ces auteurs croient que la sensation ne pénètre pas dans le champ de la conscience, qu'elle est arrêtée par une action inhibitrice dans une région du cerveau, qui la garde et ne la livre pas au sensorium ; voilà l'idée fondamentale de toutes ces théories. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la région cérébrale, siège de l'inhibition, mais ils prétendent tous que l'impression sensorielle n'est pas perçue.

Nous avons démontré qu'il n'en est pas ainsi, que la sensation pénètre bien le sensorium et que c'est secondairement qu'elle est effacée par l'imagination du sujet.

Cette constatation, à elle seule, infirme toutes les interprétations que je vais exposer, puisque toutes, elles ont un point de départ qui n'est pas exact.

Il semble bien du reste que tous ces auteurs aient eu comme le sentiment de l'insuffisance de leurs théories, car ils se sont vraiment mis le cerveau à la torture, pour arriver à concilier la réalité des faits avec leurs hypothèses.

Je pourrais donc borner à ce que je viens de dire, ma critique des interprétations anatomo-physiologiques, puisqu'on vient de voir qu'elles sont manifestement inexactes dans leur principe même ; mais les auteurs ont développé leurs doctrines avec un tel luxe de détails, qu'il serait injuste de rejeter en bloc tout ce qu'ils avancent, et qu'il vaut mieux étudier plus attentivement, quelques-unes au moins de ces interprétations proposées, pour mieux mettre en évidence, les erreurs qu'elles contiennent.

Théorie de M. Pitres

La conception de cet auteur se ressent de l'influence de la Salpêtrière : Charcot considérant l'hypnotisme comme une sorte de *névrose* expérimentale, les symptômes qu'il présente doivent être analogues à ceux des autres névroses déjà connues, et comme tels ils ont des caractères de fixité, qui permettent de faire la nosographie définitive des états hypnotiques. Cette idée à été longuement développée par Gilles de la Tourette et Richer.

Ce besoin de synthèse, ce désir de créer des types cli-

niques parfaitement définis, ont amené les mêmes auteurs à concevoir l'hystérie comme entité morbide bien définie ayant des stigmates constants. L'anesthésie est le plus important de ces stigmates: à elle seule, l'anesthésie sans lésion, serait pathognomonique de cette névrose. Le cerveau des hystériques ferait une inhibition de sensibilité sur certains centres nerveux.

Charcot avait déjà dit à propos des névroses traumatiques : « Il s'agit probablement d'une de ces modifications transitoires des cellules de l'écorce cérébrale qui se manifestent sous la forme d'un trouble psychologique » (1).

Cette idée a été reprise par Pitres. Le question se posait pour lui de la façon suivante : Étant donné que l'École de la Salpêtrière a raison, quelle est la modification transitoire qui agit, et sur quelles cellules cérébrales agit-elle ?

A cette époque Brown-Séquard avait déjà étudié et démontré par des exemples cliniques et par des expériences sur les animaux, les phénomènes d'inhibition. Leur existence était hors de conteste, et la plupart des auteurs qui étudiaient les symptômes de l'hystérie étaient tous disposés à les rattacher à des effets dynamiques inhibitoires : C'était l'idée de Brown-Séquard lui-même, de Lloyd-Tuckey, et aussi de Pitres. Pour ce dernier la modification transitoire des cellules nerveuses, était le fait d'un phénomène d'inhibition.

Restait alors à rechercher le territoire anatomique, capable sous l'influence d'une action inhibitoire, de réaliser les phénomènes d'anesthésie.

---

(1) Charcot, *Œuvres*, t. III, p. 335 à 342.

Par élimination Pitres conclut à l'intervention des centres sensitifs basilaires. Voici du reste ce qu'il écrit (1) :

« Par ses caractères, l'anesthésie hystérique appartient au groupe des *anesthésies des sensations.*

Elle ne siège pas dans les parties périphériques de l'appareil sensitif, puisque nous avons constaté précédemment que les excitations appliquées sur les parties insensibles des téguments des hystériques déterminent certains reflexes d'origine bulbo-médullaire, ce qui paraît démontrer que les papilles terminales les ont colligées et que les nerfs périphériques les ont transmises aux centres nerveux inférieurs.

Elle ne siège pas non plus dans les centres psycho-sensitifs corticaux, puisque les fonctions d'élaboration psychique des sensations qui semblent être spécialement dévolues à l'écorce cérébrale ne sont habituellement pas atteintes chez les hystériques anesthésiques.

Elle paraît résider dans les organes des sensations brutes c'est-à-dire dans les amas de cellules ganglionnaires de la base de l'encéphale, dans lesquels se fait la première transformation importante des impressions sensitives, puisque les reflexes bulbo-médullaires sont conservés, alors que la perception consciente et la sensation brute sont abolies. »

Si l'on veut bien se rappeler toutes les expériences que nous avons faites sur les anesthésies suggérées et l'identité manifeste qui existe entre les anesthésies de suggestion et les anesthésies nerveuses, on se souviendra que nous avons démontré que ces anesthésies ne sont pas réelles ;

---

(1) PITRES. *loct cit.*, p. 171.

il n'y a pas comme Pitres le prétend, *anesthésie des sensations* : les sensations pénètrent bien dans le champ de la conscience puisqu'à l'aide de procédés spéciaux on peut établir que le sujet voit en réalité, alors que de bonne foi il prétend ne pas voir.

Bien plus si on suggère à un sujet de ne pas sentir du côté gauche par exemple, on pourra le piquer, le pincer dans la région qu'on aura rendue anesthésique, le sujet ne réagira pas. Il n'a donc, semble-t-il, pas senti ?

Notre suggestion a exercé une action inhibitrice sur les centres basilaires! Pas du tout, puisque nous avons démontré que le sujet a senti en réalité, et a effacé la sensation qui a été consciente, et que de plus, il est possible en insistant et en incitant le sujet à se rappeler tout ce qui s'est passé pendant qu'il était hémianesthésique, de réveiller le souvenir de toutes les excitations periphériques faites sur le bras anesthésique. Donc le sujet a réellement senti : les impressions sensorielles sont entrées dans le champ de la conscience. Seulement le sujet s'est comporté comme si en réalité la sensation n'avait pas pénétré le sensorium.

Je n'en dirai pas davantage sur la théorie de Pitres : elle ne répond pas à la physionomie clinique des anesthésies dites hystériques.

Les théories proposées par MM. Grenier (1) et Regnard (2) sont semblables à celles de M. Pitres, avec cette différence que, pour eux, le phénomène d'inhibition s'adresse à la

[1] René Grenier. — *Des localisations dans les maladies nerveuses sans lésions appréciables*. Essai de localisation du processus morbide dans les névroses. Thèse d'agreg. Paris 1866.

[2] Regnard. — Société de Biologie, 26 janvier 1878.

capsule blanche interne ou à la couche corticale des hémisphères cérébraux.

Le point de départ de toutes ces théories est le même : l'étude attentive des anesthésies hystériques fait penser aux auteurs qu'elles ne sont pas périphériques.

Qu'il s'agisse d'un nerf de la sensibilité générale ou d'un nerf spécialisé comme la rétine, ils sont tous d'accord pour affirmer que l'anesthésie n'est pas limitée à l'extrémité du nerf qui conduit l'influx nerveux jusqu'au cerveau : c'est dans une région de cet organe que l'impression sensorielle est retenue ; alors le désaccord survient quand il s'agit de déterminer cette portion de l'encéphale qui ne laisse pas la perception pénétrer jusqu'au sensorium.

M. Grenier avait pensé qu'il fallait incriminer la capsule blanche interne parce qu'au moment où il écrivait sa thèse, les travaux de Ludwig Turck et de Charcot, corroborés par les expériences de Veysnerc, de Carville et de Duret, avaient établi que le tiers postérieur de la capsule blanche interne sert de passage au faisceau sensitif qui amène les impressions sensorielles du côté opposé.

Dès le début, cette conception fut combattue par Pitres et ses partisans : ils apportaient comme arguments, les procès-verbaux d'un certain nombre d'autopsies, ne relatant aucune lésion de la capsule blanche interne, alors que, pendant la vie, le malade avait présenté une hémianesthésie.

Nous avons vu le peu de valeur qu'il faut attacher à ces constatations : des lésions de la capsule blanche interne dans sa partie sensitive, peuvent s'accompagner d'anesthésie nerveuse complétant une hypoesthésie d'ori-

gine organique, ou bien une anesthésie organique existe seule et ne peut être confondue avec une anesthésie psychique ou bien encore la capsule blanche est absolument intacte dans son tiers postérieur et il existe cependant une hémianesthésie greffée sur l'hémiplégie.

Dans tous ces cas, quelles indications peut-on tirer de l'examen du cadavre ? Comment interpréter l'anesthésie nerveuse ?

M. Regnard étudiant l'amblyopie des hystériques était arrivé à cette conclusion que la rétine devait être mise hors de cause : il émit alors l'hypothèse qu'il s'agissait de modifications dynamiques dans la couche corticale des hémisphères cérébraux. Je ne retiens de cette opinion que le fait que l'anesthésie ne s'adresse pas à la rétine : c'est ce que nous constatons tous les jours ; mais il est certain par le caractère même de l'amblyopie, qu'il ne saurait y avoir des modifications de la couche corticale.

Landmann avait adopté les idées de Pitres ; pour lui il s'agissait d'une : *« Fonctionsunfæhigkeit der sæmtlichen subcorticalen Ganglien und Hirnrindzellen.* »

Braid dont la théorie fut exprimée en 1851 par John Hughes Bennet, pensait que l'anesthésie est due à des altérations dans l'activité fonctionnelle des fibres nerveuses de la matière blanche des hémisphères cérébraux.

Une portion de ces fibres serait paralysée par des excitations continues et monotones, tandis que l'action d'autres fibres subirait une exaltation correspondante... L'état psychique des hystériques correspondrait à la suppression de l'influence de certaines parties du cerveau dont les fibres associationnelles ne fonctionneraient plus.

A mon sens, toutes ces conceptions ne sont que des vues de l'esprit; elles ne répondent à aucune réalité, elles sont basées sur une observation clinique défectueuse du phénomène. Quand je produis chez un sujet une cécité subite et que je le guéris instantanément, ai-je créé par ma suggestion, une altération dynamique des ganglions cérébraux, de l'écorce ou de la capsule blanche interne? J'ai bien réalisé en effet un phénomène d'inhibition mais il s'adresse à l'esprit, qui fait l'inhibition psychique des impressions perçues. Les anesthésies dites hystériques qui se comportent absolument comme les anesthésies suggérées, sont passibles de la même interprétation, ce qui démontre une fois de plus l'inexactitude des doctrines que je viens d'exposer.

Tandis que les auteurs s'appliquaient à trouver une localisation cérébrale pouvant convenir à l'interprétation de toutes les variétés d'anesthésie, les spécialistes cherchaient à expliquer le mécanisme des différentes anesthésies sensorielles.

Parmi eux, le Dr Parinaud avait donné une interprétation de l'amaurose unilatérale.

Théorie de M. Parinaud

L'auteur avait fait l'expérience suivante : une hystérique achromatrope de l'œil gauche, à qui l'on présente devant l'œil gauche un morceau de carton vert le voit gris ; l'œil droit reconnaît la couleur. Si maintenant on place devant l'œil sain un prisme à base supérieure et qu'on présente devant cet œil le carton, le sujet verra

deux cartons verts ; donc, le sujet étant placé dans ces conditions, son œil achromatrope voit la couleur.

Si l'on place, au contraire, le prisme sur l'œil achromatrope, la plupart des malades verront les deux carrés gris, les deux yeux auront cessé de voir la couleur.

Parinaud explique ce fait par cette hypothèse que l'achromatopsie n'existe que dans la vision monoculaire, mais non dans la vision binoculaire : dans la vision de chaque œil séparément, la rétine se met en rapport avec l'hémisphère opposé ; dans la vision binoculaire, les deux yeux peuvent se mettre en rapport avec l'un ou l'autre hémisphère.

Cette hypothèse est, comme les précédentes, une simple vue de l'esprit.

On a vu, au cours de nos expériences, les sujets amaurotiques d'un œil, voir cependant deux objets lorsqu'on leur place un prisme devant l'œil sain.

Or, on sait que le prisme ne dédouble pas l'image ; il la réfracte, et si le sujet aperçoit deux images, c'est qu'il voit de chaque œil et que sa cécité monoculaire est aussi une simple vue de l'esprit. Le sujet s'illusionne, il croit qu'il ne voit pas, mais je constate cependant que l'œil amaurotique n'est pas aveugle.

Si on lui met alors le prisme devant l'œil amaurotique, le sujet, le plus souvent, dit qu'il ne voit rien : il *oublie* de regarder avec l'œil sain qui est pourtant bien ouvert. On voit, par cet exemple, combien son cerveau est obsédé par l'idée qu'il ne doit pas voir. C'est un phénomène analogue à celui que nous avons constaté, dans l'expérience des doigts croisés : le sujet efface quelques piqûres faites sur les doigts sensibles, plutôt que de se

tromper en accusant une sensation sur les doigts anesthésiques.

Ce qui est vrai pour l'amaurose, doit l'être aussi pour l'achromatopsie : ces deux symptômes sont de même nature et ressortissent du même mécanisme.

Néanmoins, je crois utile de citer ici les expériences faites par M. Bernheim sur des sujets achromatropes.

Elles confirment ce que je viens de dire à propos de la soi-disant amaurose hystérique.

« Si je place devant l'œil normal du sujet un carton coloré en vert et que je lui fasse regarder ce carton à travers un prisme, au lieu de voir une image grise (fournie par l'œil soi-disant achromatique) et une image verte (fournie par l'œil normal), il voit deux images vertes sans hésiter. Ceci semble prouver que l'image fournie par l'œil gauche est verte, à l'insu du sujet, et que l'achromatopsie est purement psychique. Si je place le prisme sur l'œil achromatique, et que je lui fasse regarder de nouveau le carton vert, au lieu de voir un carton gris (image fournie par l'œil achromatique) et un carton vert (image fournie par le bon œil), il voit les deux images grises !

Pourquoi ? Parce qu'il sait que l'œil gauche voit en gris (ou du moins il le croit) ; parce qu'il a constaté que le prisme fait voir double, parce qu'il ne sait pas que l'une des images est fournie par l'autre œil et croit que le prisme placé devant un œil, double l'objet vu par cet œil ; parce qu'il se suggère ainsi logiquement et inconsciemment que l'œil achromatique voyant en gris, l'objet étant dédoublé par lui à travers le prisme, les deux images doivent être grises.

Chez une troisième hystérique de mon service, j'ai pu confirmer mon interprétation à savoir que tout le phénomène est subordonné à l'imagination. Son œil gauche était achromatique ; un objet rouge est devenu gris pour cet œil, il est bien rouge pour l'œil droit.

Je la fais regarder à travers le prisme, les deux yeux ouverts ; elle voit l'objet double. Je ferme l'œil gauche achromatique et je la fais regarder à travers le prisme placé sur l'œil droit : elle voit un seul objet rouge, ce qui est exact et conforme à l'optique.

Si, au contraire, fermant l'œil droit, je place devant l'œil gauche achromatique un objet rouge ou vert, elle le voit gris. Si alors je place un prisme devant cet œil, au lieu de voir l'objet simple et gris, elle *le voit double et avec sa vraie couleur.*

Le prisme a rétabli la vraie couleur, en dépit de toutes les lois de la physique et de la physiologie ; il a effacé l'illusion en troublant le jeu de l'imagination malade ; d'autre part, le sujet s'est suggéré une image double par un nouveau jeu de l'imagination. Il s'agit donc là uniquement de phénomènes d'*auto-suggestion inconsciente* (1) ».

Je crois qu'il n'est pas nécessaire d'en dire davantage : qu'il s'agisse d'amaurose ou d'amblyopie, les faits se passent exactement de la même façon, et il est indéniable que c'est l'imagination du sujet qui réalise tous les symptômes.

Il ne paraît donc ni rationnel, ni nécessaire d'invoquer un trouble organique, qui explique ces anomalies ; d'autre part, l'explication fournie par Parinaud est tellement

---

(1) Bernheim. *De la suggestion*, p. 69.

contraire à tout ce que nous enseignent la physiologie et l'anatomie pathologique qu'elle ne doit pas nous retenir plus longtemps.

J'en dirai autant de l'hypothèse de *Knies* qui explique l'amblyopie hystérique par la contraction de fibres musculaires vasomotrices.

Or, presque toujours, la rétine des hystériques amblyopiques est absolument normale.

Dans un cas cependant (Obs. X, Chap. III), on avait constaté une décoloration de la rétine, mais il s'agissait d'une lésion organique. La capsule blanche interne était lésée dans son tiers postérieur : or, on sait que la racine sensitive du trijumeau passe dans cette partie de la capsule blanche. Il est possible que cette lésion du trijumeau ait provoqué des troubles vasomoteurs dans la rétine.

Ce fait ne vient pas contrarier notre argumentation : il démontre la possibilité de troubles de la circulation rétinienne, mais il n'implique pas, comme Knies voudrait le prétendre, que l'hystérie est capable de les produire.

Du reste, l'explication de Knies tombe aussi devant ce fait, qu'invariablement, dans toutes les amauroses unilatentes, hystériques ou expérimentales, l'épreuve du prisme ou de l'appareil de Snellen, montre que le sujet voit et que la perception entre dans la conscience.

Toutes les interprétations que je viens d'exposer sont donc erronées : elles ne reposent que sur une erreur d'observation ; il s'agit bien d'une inhibition comme disent les auteurs, mais cette inhibition n'est pas organique, elle est psychique.

Les auteurs, méconnaissant ce mécanisme psychique, ont continué à chercher une cause organique à cette inhibition.

C'est ainsi qu'en 1895, M. René Lépine expliquait les anesthésies. les paralysies, le somnambulisme par la rupture des communications interneurotiques.

Cette idée a été reprise en 1901 par M. Binet-Sanglé,

Théorie de M. Binet-Sanglé (1)

Havet avait remarqué que les neurones des mollusques gastéropodes étaient capables de se rétracter sous l'influence de certains excitants chimiques ou physiques.

Jean Demoor avait fait une constatation identique pour les cellules pyramidales du chien, dont les prolongements se rétractent sous l'influence de la morphine.

Mathias Duval, se basant sur ces découvertes, avait établi une théorie du sommeil dans laquelle il prétend que le sommeil est produit par une rétraction des dendrites.

M. Binet-Sanglé, s'inspirant de ces théories cytologiques « prétend que l'anesthésie complète d'un centre quelconque, s'explique par la rétraction de tous ses neurones de sensation, et l'hypoesthésie, par la rétraction d'un certain nombre d'entre eux. Or, l'hypoesthésie est de règle chez les hystériques et l'on dit de ces malades « qu'ils ont comme un écran devant les sens ». Cet écran existe, il est formé par la disjonction des prolongements neurotiques situés en amont des neurones de sensation.

D'autre part, quand on restaure rapidement la sensibilité d'un hystérique, les décharges nerveuses qui éclatent entre les prolongements des neurones produisent des

(1) *Revue de l'hypnotisme*, 1901, n° 10.

sensations spéciales : démangeaisons, picotements, fourmillements, tiraillements, élancements, brûlures et sensations de décharges électriques. Ces sensations anormales sont dues à l'allongement brusque des dendrites qui se remettent en contact.

Le rétrécissement du champ visuel est dû sans doute à la rétraction des neurones des voies centripètes.

Des bruits violents peuvent déterminer cette rétraction.

Voilà dans ses grandes lignes, la théorie de M. Binet-Sanglé. Au premier abord, elle peut paraître séduisante, à cause de sa grande simplicité. Cette théorie expliquerait tous les phénomènes depuis les plus simples jusqu'aux plus complexes ; la distraction, l'attention sont dues à des mouvements divers des prolongements cellulaires.

Elle explique aussi l'action thérapeutique des frictions, du massage et de l'électricité ; ces excitations mécaniques provoquent le rapprochement des dendrites (1).

Que ces mouvements des dendrites soient réels ou non, ce qui est certain, c'est que ce mécanisme organique ne peut pas être invoqué pour expliquer les anesthésies dites hystériques ; il n'y a pas de solution de continuité, ni organique, ni dynamique, intéressant le trajet nerveux, puisque nous avons démontré que, toujours la conscience existe, et qu'ainsi rien ne s'oppose au passage de l'impression depuis la périphérie jusqu'au cerveau.

Nous avons vu cependant que dans certains cas, une

---

(1) Actuellement, depuis les travaux de *Cajal* sur les neurofibrilles, on tend à croire « que les neurofibrilles des arborisations cylindre-axiles périphériques se terminent librement sur les grandes cellules, et entrent en contact avec leur membrane. M. Collin, prosecteur à la Faculté de Nancy, aurait, lui aussi, vérifié ces faits.

anesthésie d'abord illusoire, produite par suggestion, peut en quelque sorte se matérialiser, et qu'alors l'impression ne paraît plus entrer dans le domaine de la conscience.

Pourrait-on admettre, dans ce cas au moins, que cette matérialisation est centrale et consiste précisément dans la rétraction des dendrites des neurones centraux, rétraction qui serait consécutive elle-même, à la suggestion? Il n'en est certainement pas ainsi, car nous avons vu dans un précédent chapitre, que la matérialisation d'une anesthésie, primitivement suggestive, est plutôt périphérique, c'est-à-dire qu'elle s'accomplit dans le territoire nerveux insensible, et non dans les centres médullaires ou cérébraux.

La théorie de M. Binet-Sanglé ne peut donc pas expliquer les expériences cliniques ; elle est en contradiction avec les faits eux-mêmes, et comme telle, ne mérite pas d'être retenue.

Je signalerai encore la théorie de M. le D[r] Joire (de Lille), qui n'est en somme qu'une vue de l'esprit un peu simpliste : tout le monde sait que l'anesthésie existe sans hyperesthésie, et l'hyperesthésie sans anesthésie. Néanmoins, comme cette théorie a une certaine vogue dans quelques milieux spirites et qu'on s'appuie sur elle, pour expliquer divers phénomènes spirites ou psychologiques, j'ai cru nécessaire de l'exposer avec quelques détails :

Théorie de M. le Docteur Joire (de Lille)

Il a examiné beaucoup d'hystériques et publié quelques articles intéressants. En particulier, il a bien observé les troubles de la sensibilité chez les hystériques et mis en lumière avec soin leur grande variabilité (1). Cependant, il donne de l'anesthésie une explication, un peu simpliste, qui présente ceci de commun, avec les autres interprétations que je viens d'examiner, qu'elle n'est qu'une simple hypothèse, qui ne s'étaie sur aucune preuve sérieuse.

Il considère l'hystérie « comme une modification dans l'équilibre normal du système nerveux, telle, que l'activité ou le potentiel du système nerveux se trouve diminué sur certains points et augmenté sur d'autres, au détriment des premiers, sans qu'il y ait en réalité augmentation ou diminution absolue dans le total de l'activité disponible ».

En d'autres termes, chaque homme dispose d'une certaine quantité d'activité nerveuse : cette activité se répand dans l'organisme — si elle diminue d'un côté, il y a, suivant les cas, hypoesthésie ou anesthésie, si elle augmente, il y a hyperesthésie et douleur. C'est un système de balancier, et si on devient anesthésique complètement d'un bras, on devrait ressentir une douleur dans un autre point de l'organisme.

Il y a lieu de faire une distinction dans les idées avancées par M. le Dr Joire.

---

(1) Joire. *Revue de l'Hypnotisme*, 1902, page 15.

Quand cet auteur prétend que si l'activité nerveuse est abondante dans une région, il y a hyperesthésie, et que si elle manque, au contraire, il y a anesthésie, il avance un fait banal, bien connu de tout chacun ; il constate, mais il n'explique pas. Quand il ajoute que l'anesthésie d'une région implique l'hyperesthésie d'une autre, je crains bien que ce soit là une vue de l'esprit, entretenue sans doute par l'examen de quelques hystériques, sur lesquels, à son insu, il aura fait de la suggestion.

Il est si facile chez certains sujets, de créer sans s'en douter, des zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie !

C'est en somme l'histoire de toutes les zones hypnogènes, spasmogènes, etc. ; décrites longuement par les auteurs.

Je ne m'attarderai donc pas plus longtemps à la discussion de cette théorie que je considère plutôt comme une conception de l'hystérie que comme une interprétation des symptômes qu'elle présente.

Théorie de M. Sollier

Elle ressemble beaucoup à celle de M. Pitres parce que, sans que le mot y soit prononcé, il s'agit, en réalité, de phénomènes d'inhibition.

Elle ressemble aussi à celle de M. Binet-Sanglé, parce que M. Sollier parle d'un état de sommeil des centres cérébraux, et qu'en fait, la disjonction des dendrites, produirait suivant Mathias Duval, le sommeil naturel.

C'est parce qu'elle représente ainsi la synthèse des doc-

trines précédentes que j'ai réservé pour la fin la critique de cette théorie.

M. Sollier pense que la cause première de l'hystérie est un engourdissement, ou si l'on veut, un état de sommeil des centres cérébraux.

L'anesthésie, les troubles moteurs et viscéraux, vasomoteurs et psychiques ne sont que la conséquence de ce sommeil qui surprend plus ou moins les fonctions des centres cérébraux. L'état de sommeil, à partir d'un certain degré, amène par sa constance les stigmates et les accidents personnels ; les variations de cet état de sommeil provoquent des réactions spéciales qui ne sont autre chose que les attaques et tous les accidents. L'hystérie n'est qu'un trouble local du cerveau plus ou moins généralisé. Les centres sont frappés en plus ou moins grand nombre, d'emblée, soit les uns après les autres, s'affaiblissant peu à peu, puis s'éteignant tout à fait, tels des lampes électriques, quand on diminue plus ou moins l'intensité du courant ».

Une image, si belle qu'elle soit, n'a jamais été une explication : les comparaisons les plus savantes n'ont le plus souvent rien démontré; c'est le cas pour ce qu'on vient de lire.

Dire que l'anesthésie est provoquée par un état de sommeil, qui surprend les centres cérébraux, c'est laisser entendre que cette anesthésie est réelle, et que les sensations ne pénètrent pas dans le sensorium. Nous avons vu que cette manière de voir n'est pas exacte ; je dirai plus, et je le démontrerai plus loin, les centres, loin d'être endormis sont au contraire très éveillés, très attentifs à ne pas oublier la suggestion : bien loin de ressembler à

des lampes électriques dont le courant deviendrait de plus en plus faible, ils ressemblent au contraire à des lampes, d'une lumière toujours égale, éclairant tous les phénomènes de la conscience y compris même, ceux que l'esprit du sujet cesse de voir, par une illusion, dont la cause vient du dehors, ou n'existe que dans son imagination.

Telle est, ce me semble, si l'on voulait employer une comparaison semblable à celle de M. Sollier, celle qui expliquerait le mieux la réalité des faits.

Après avoir ainsi examiné toutes les interprétations fétichistes, métaphysiques et anatomo-physiologiques, nous en sommes arrivés à cette conclusion, qu'aucune d'entre elles ne peut suffire à expliquer le mécanisme de l'anesthésie psychique.

Tous les auteurs, dont nous venons de critiquer les théories, méconnaissant la nature psychique du phénomène, qui n'est qu'une illusion, croyant au contraire à sa réalité organique, lui ont cherché un siège anatomique : Ils pensaient que l'hystérie, agissant par une cause infectieuse ou autre, paralysait certains centres, corticaux pour les uns, basilaires pour les autres, ou exerçait une inhibition sur le parcours sensitif même de la capsule blanche interne.

Ils ne se sont pas rendu compte qu'ils se trouvaient en présence de phénomènes exclusivement psychiques et qui comme tels, demandent pour être compris une interprétation d'ordre psychologique. Peut-être un jour, connaîtra-t-on suffisamment la physiologie de la pensée pour décrire les modifications physiologiques qui accompa-

gnent les productions de l'anesthésie psychique. Pour le moment, nous devons nous contenter de décrire le fait psychologique tel que nous l'avons constaté.

Interprétation psychologique

L'influence de l'imagination sur la production de l'anesthésie et d'autres phénomènes nerveux et hystériques, avait déjà été établie par d'anciens observateurs : tous ne croyaient pas à l'action purement fluidique ou mystérieuse, des fétiches, des talismans et des amulettes ; ils connaissaient les miracles qu'ont produits la foi : la guérison de certains phénomènes, par des puissances, dites occultes, n'était pour eux que l'œuvre de l'imagination, c'est-à-dire d'une suggestion. Il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Paracelse écrivait dès le début du XVIe siècle : « que l'objet de foi soit réel ou faux vous n'en obtiendrez pas moins les mêmes effets ; c'est ainsi que, si je crois en une statue de Saint-Pierre, comme j'aurais cru en Saint-Pierre lui-même, j'obtiendrai les mêmes effets que j'aurais obtenus de Saint Pierre lui-même; mais c'est là une superstition. C'est la foi cependant qui produit ces miracles, et soit qu'elle soit vraie, soit qu'elle soit fausse elle produira toujours les mêmes prodiges ».

Pierre Pomponazzi de Milan (1) au XVIe siècle avait le

(1) Cité par Hacke Tucke. *Le Corps et l'Esprit. Action du moral et de l'imagination sur le physique*. Paris, 1886.

courage de prononcer les paroles suivantes : « On conçoit facilement les effets merveilleux que peuvent produire la confiance et l'imagination, surtout quand elles sont réciproques entre les malades et celui qui agit sur eux. Les guérisons attribuées à certaines reliques sont l'effet de cette imagination et de cette confiance. Les méchants et les philosophes savent que si, à la place des ossements d'un saint, on mettait ceux de tout autre squelette, les malades n'en seraient pas moins rendus à la santé, s'ils croyaient approcher de véritables reliques. »

La théorie psychique de l'anesthésie se trouve donc avoir été comprise par les auteurs anciens : les doctrines nouvelles, ne font que la rajeunir en s'efforçant de l'adapter aux progrès de la psychologie contemporaine.

Parmi ces théories modernes, nous citerons en particulier celles de MM. Binet, Janet, Grasset et nous finirons par celle de M. Bernheim.

Théorie de M. A. Binet

Les idées de M. Binet sur le mécanisme de l'anesthésie, sont loin d'être les mêmes aujourd'hui qu'il y a quelque vingt ans. Elles ont évoluées sous l'influence des idées émises par M. Bernheim.

En 1885, dans un article écrit dans la Revue de philosophie, en collaboration avec M. Féré, M. Binet, parlant de l'anesthésie, écrivait la phrase suivante : « Il s'agit pour l'œil comme pour le bras d'un phénomène d'inhibition qui produit une paralysie systématique ».

Dans la suite, sous l'influence probable des travaux de

M. Bernheim, M. Binet a abandonné complètement cette idée qui se rapprochait beaucoup de l'opinion émise par M. Pitres.

Aujourd'hui, M. Binet a adopté une nouvelle manière de voir qu'il exprime dans les termes suivants : « On a souvent soupçonné que l'insensibilité hystérique, dans un certain nombre de cas, ne supprime pas nécessairement la sensation, comme le fait une anesthésie de cause organique : ce soupçon fait maintenant place à la certitude. Les mouvements de répétition, d'adaptation que nous venons de solliciter (1) dans un membre complètement dépourvu de sensibilité consciente, n'auraient pas pu se produire si rien n'avait été perçu ; pour que la main entoure le crayon glissé entre les doigts, pour qu'elle ouvre une boîte d'allumettes, serre un dynamographe ou tout simplement répète fidèlement un mouvement de flexion qui a été imprimé à un des doigts, il est de toute nécessité que certaines impressions aient été recueillies par ce tégument soi disant anesthésique ; il y a donc eu, une perception réelle, quoiqu'ignorée du sujet, une perception inconsciente, et l'anesthésie hystérique, apparaissant alors comme une suppression de la conscience, pourrait être appelée une *anesthésie par inconscience.*

Il y a plus: l'hypothèse doit aller plus loin ; pour expli-

(1) Toutes les expériences de M. Binet ont été faites avec un dispositif uniforme, consistant à cacher au sujet les épreuves auxquelles on soumet son membre insensible et les réactions qui se produisent dans ce membre. Il en résulte, dit M. Binet, que lorsque l'expérimentateur n'a pas l'imprudence de parler au sujet, celui-ci reste étranger à l'expérience et de fait, peut s'occuper de toute autre chose : il n'a pas la sensation consciente de ce qui se passe dans ses membres. — A. Binet. *Les altérations de la personnalité*, p. 146.

quer la production des actes inconscients, il ne faut pas se contenter de supposer des sensations inconscientes; isolées, des sensations ne produiraient rien ; or, en analysant les principales observations recueillies, nous avons vu intervenir des phénomènes de mémoire et de raisonnement, de sorte que les mouvements inconscients nous révèlent l'existence d'une intelligence qui est autre que celle du moi du sujet et qui agit sans son concours et même à son insu. C'est là une conclusion nécessaire, elle s'impose : de quelque manière qu'on conçoive cette intelligence secondaire, accessoire, parasite en quelque sorte, il est certain que chez certains sujets elle existe et qu'elle agit (1) ».

Je ne rapporterai pas ici les nombreuses expériences faites par M. Binet : elles prouvent comme M. Bernheim l'avait démontré, que le sujet sent : c'est toute la conclusion qu'on peut en tirer.

Par exemple, quand l'auteur pique le bras anesthésique, d'une femme hystérique, il lui fait indiquer sur un écran, le nombre, la durée, la forme de l'excitation qui a été faite.

Le sujet donne toutes ces indications, mais sans les rapporter à des excitations faites sur le bras anesthésique.

M. Binet en conclut que « l'excitation d'une région anesthésique, quoique n'étant pas perçue par le sujet, sous forme d'une sensation tactile ou musculaire détermine l'image visuelle de la région excitée; cette image peut être recueillie sur un écran qu'on prie le sujet de regar-

(1) A. Binet. *Les altérations de la personnalité.* Alcan. Paris, 1892.

der fixement : elle dure aussi longtemps que l'excitation qui la produit ».

A cette théorie, je ferai les objections suivantes : qu'est-ce que cette image visuelle, en rapport avec les excitations que l'on fait sur le membre anesthésique ? sinon l'image, la représentation mentale de ces excitations même, et du moment que le sujet peut extérioriser cette image, en en faisant une sorte des chema, sur un morceau de papier, cela prouve que c'est une image parfaitement consciente.

C'èst quelque chose de semblable à cette expérience qu'on réussit facilement dans les cas d'anesthésie psychique, pourvu que l'épreuve ne soit pas répétée souvent, et qu'on surprenne en quelque sorte la malade.

On ferme les yeux du sujet et on lui dit : « Chaque fois que je vous piquerai dans une région insensible, vous direz « non ! » Très souvent, avec une naïveté surprenante, à chaque excitation portée sur la zone anesthésique, le malade répond « non ! »

Donc il a senti, la sensation a pénétré sa conscience, puisque le mot non est synonyme de cette phrase plus complète, écrite dans son cerveau : « Je ne sens pas ». Qui dit « je » dit conscience. Si « je » pense ; « *non* », « je » existe. Par conséquent, l'anesthésie n'est pas inconsciente.

Le même raisonnement s'applique aux expériences de M. Binet : le sujet quand il marque un point ou un trait sur l'écran qu'il a devant les yeux, traduit une pensée, une idée qui est formulée dans son cerveau de la façon suivante : « J'ai senti ». C'est un phénomène de conscience.

Mais pourquoi, si je l'interroge me dit-il, que son bras

est anesthésique — c'est parce qu'il croit qu'il ne doit pas sentir, et cette croyance est si forte, qu'elle crée chez le sujet l'illusion qu'il ne sent pas.

Enfin, j'avoue que si je conçois facilement, un mécanisme physiologique quelconque, réglé une fois pour toutes, et qui dirige automatiquement les fonctions de la vie végétative, sans l'intervention de la conscience ou de l'intelligence du sujet, je ne conçois pas du tout une intelligence inconsciente qui permet au sujet d'enregistrer des phénomènes non sentis, et je le comprends d'autant moins que le sujet n'enregistre qu'autant qu'on le lui dit : il est donc obligé pour décrire sur le papier la forme même des excitations qu'on lui fait, de fixer son attention sur ces excitations ; or, l'attention ne s'applique qu'à des phénomènes conscients ; il est impossible d'enregistrer sciemment des phénomènes dont on n'a pas conscience. On peut enregistrer les battements du cœur ou les mouvements respiratoires parce qu'on les sent, mais on ne peut pas enregistrer la filtration de l'urine, parce qu'on ne la sent pas. D'une façon générale, et cela infirme toute la théorie de M. Binet, le sujet ne peut décrire que les sensations qui ont pénétré dans la conscience ; s'il les décrit, c'est que sa conscience est entière.

Alors s'agirait-il, comme le laisse entendre M. Binet, d'une nouvelle conscience « d'une intelligence qui agit sans le concours du malade, et même à son insu ? »

Je ne le pense pas, car, au moment même où le sujet est anesthésique, lorsqu'il ne voit plus l'encrier qui est là sur ma table et que je lui ai suggéré de ne plus voir, il se comporte cependant suivant sa manière habituelle :

il raisonne parfaitement; sa personnalité reste entière; je ne trouve en lui, dans sa conversation, dans son attitude, aucune espèce de différence; tout ce qui le distingue de ce qu'il était quelques minutes auparavant, c'est qu'il ne voit pas l'encrier. Quelqu'un, qui entrera et viendra causer avec mon sujet, ne s'apercevra absolument de rien, si je ne le préviens pas. Il s'agirait d'une anesthésie générale cutanée, que les faits se passeraient de la même façon. Bien plus, je puis, avec mon sujet, raisonner sur son anesthésie et la discuter avec lui.

Donc, ces anesthésies ne peuvent pas être considérées comme des anesthésies par inconscience et il n'est pas juste de croire qu'il s'est accompli une transformation de la personnalité du sujet.

Tout ce qu'on pourrait dire, c'est que les expériences de M. Binet démontrent que la sensation est dénaturée et qu'elle n'est pas perçue sous forme de douleurs, mais elle est perçue puisque le sujet la décrit dans tous ses détails.

Théorie de M. Janet.

M. Janet, étudiant la théorie de M. Binet, faisait les remarques suivantes: « Cette répartition intelligente de l'anesthésie, de manière à dessiner un cercle ou une étoile (suivant la topographie des excitations faites), ne peut se faire que par une idée consciente. Pour me répondre correctement quand je l'interroge, en piquant son bras, il faut que le sujet sache, même sans regarder, quand ma piqûre entre dans le cercle (dessiné sur le

bras), il faut donc qu'il la sente. Aussi ne serons-nous pas surpris que l'inconscient nous réponde par écriture automatique, qu'il sent très bien ce que nous faisons, et qu'il distingue une piqûre, un attouchement, un objet chaud ou froid, même sur cette plaque anesthésiée ».

M. Janet, pour expliquer ces faits, imagine que l'individu se dédouble en plusieurs personnalités pouvant agir séparément et se confondre à certains moments. Il se produit une désagrégation des phénomènes psychiques, parce que la conscience rétrécie ne peut plus les embrasser totalement. Cette incapacité de synthétiser à la fois un grand nombre d'images dans les catégories de notre entendement, constitue la misère psychologique. Par là s'expliquent les anesthésies systématisées, les électivités et même les paralysies et les contractures.

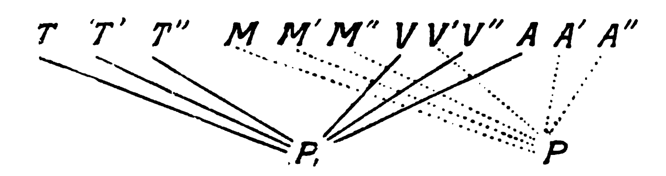
Tout se passe comme si les phénomènes psychologiques élémentaires étaient aussi réels et aussi nombreux que chez les individus les plus normaux, mais ne pouvaient pas, à cause d'une faiblesse particulière de la faculté de synthèse, se réunir en une seule perception, et donnaient alors naissance à plusieurs groupes de phénomènes conscients, groupes simultanés très incomplets, et se ravissant les uns aux autres les images, et par conséquent les mouvements qui doivent être réunis normalement dans une même conscience et dans un même pouvoir.

Voilà le fondement de la doctrine de M. Janet. Il l'explique encore de la façon suivante.

Il appelle $T\ T'\ T''\ M\ M'\ M''\ V\ V'\ V''\ A\ A'\ A''$ les sensations élémentaires, et P l'opération d'assimilation de synthèse qui combine entre eux ces phénomènes élémentaires, et

à chaque moment de la vie les rattache à la notion vaste et antérieure de la personnalité. Chez les individus distraits d'une manière accidentelle et chez les hystériques (1) d'une manière permanente, cette seconde opération, la perception personnelle serait insuffisante et ne rattacherait à la personnalité, à chaque moment de la vie, qu'un petit nombre de sensations, tandis que les autres resteraient à l'état élémentaire *subconscient*.

Le schema suivant aiderait à comprendre sa pensée :



T T' T'' représente le groupe des sensations tactiles; *M M' M''* celui des sensations musculaires ; *V V' V''* celui des sensations visuelles, et *A A' A''* celui des sensations auditives.

Les choses étant ainsi, les phénomènes sensitifs qui se passent dans l'esprit de ces individus sont divisés naturellement en deux groupes : 1° le groupe *M M' M'' V' A' A''*,

---

(1) Pour M. Janet, l'hystérie est une forme de désagrégation mentale, caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité.

C'est un affaiblissement de la synthèse psychologique. Un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations, images *cessent d'être perçues* et paraissent supprimées de la perception personnelle. Il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes indépendants les uns des autres. (Voir plus loin la théorie de Durand de Gros).

qui est réuni dans la perception *P* et qui forme leur conscience personnelle ; 2° les phénomènes sensitifs restants *V' V'' A T T' T''* qui ne sont pas synthétisés dans la perception *P*.

Le faible pouvoir de synthèse peut s'exercer souvent dans un même sens, réunir dans la perception des sensations toujours d'une même espèce et perdre l'habitude de réunir les autres. Le sujet se sert plus des images visuelles et ne s'adresse que rarement aux images du toucher ; si sa puissance de synthèse diminue, s'il ne peut plus réunir que six images, il va renoncer totalement à percevoir les sensations de telle ou telle espèce. Au début, il les perd momentanément et il peut, à la rigueur, les retrouver, mais bientôt les perceptions, qui lui permettaient de connaître ces images, ne se faisant pas, il ne peut plus, même s'il l'essaie, rattacher à la synthèse de la personnalité des sensations qu'il a laissé échapper... *L'anesthésie systématisée ou même générale doit être considérée comme une lésion, ou affaiblissement, non de la sensation, mais de la faculté de synthétiser les sensations en perception personnelle, qui amène une véritable désagrégation des phénomènes psychologiques.* (1)

Si je comprends bien cette théorie un peu compliquée, je conçois l'anesthésie de la façon suivante :

Une personne est affligée d'une faiblesse particulière de la faculté de synthèse, autrement dit, elle a le champ de sa conscience rétréci : dans ces conditions obligée de se limiter dans le nombre des perceptions possibles, c'est-à-dire capables d'être synthétisées, ou retenues,

(1) Pierre Janet. *L'automatisme psychologique.* Paris 1889.

elle renonce totalement à percevoir les sensations tactiles, le groupe *TT' T''* par exemple et devient de ce fait anesthésique au tact.

Voilà en quelques mots, telle que je la saisis la doctrine de M. Janet.

Pour lui, il y aurait « affaiblissement de faculté de synthétiser les sensations en perception personnelle », ce qui revient à dire, que ces sensations *peuvent* être perçues, mais ne le sont pas. Il est vrai, ajoute l'auteur, « qu'il suffit de la moindre des choses pour que la perception qui a perdu l'habitude de les saisir, les raccroche une fois (1). » Cela ne fait que confirmer la façon de voir de M. Janet, à savoir : que ces sensations ne sont pas perçues.

Toute la théorie de M. Janet, tombe devant ce fait, que, dans les anesthésies hystériques, comme dans les anesthésies expérimentales, nous démontrons que toutes les impressions perçues, pénètrent dans le champ de la conscience. On peut, à un sujet suggestible, créer à volonté, toutes les anesthésies sensorielles ou sensitives, et prouver, comme nous l'avons fait, qu'il s'agit de simples illusions et que toutes les sensations que le sujet prétend ne pas sentir, il les sent.

Il en est de même pour les anesthésies dites hystériques.

On peut du reste, chez tous ces sujets, créer ou découvrir des hyperesthésies de toutes les sensations.

Dira-t-on, dans ce cas, que la faculté de synthèse est

(1) Janet, *loc. cit.*, p. 312.

augmentée, et qu'il s'agit d'un élargissement ou d'un agrandissement du champ de la conscience ?

D'ailleurs, il semble bien que M. Janet ait senti la faiblesse de sa conception : il dit que « ces anesthésies semblent contradictoires ; au moment même où elles semblent être complètes, au moment même où le sujet affirme sincèrement qu'il ne sent rien, on constate une quantité de mouvements et d'actions, en rapport avec cette sensation disparue et qui prouve son existence ».

Cette remarque montre que M. Janet a bien observé, et me fait croire, qu'en soutenant une thèse aussi contraire à l'observation des faits, il a dû appliquer à l'étude de ses sujets, ses idées préconçues, et les suggestionner à son insu. C'est ainsi qu'il a pu leur imposer une série de personnalités, les unes avec anesthésie tactile, les autres avec perte du sens musculaire, les autres enfin sourdes ou aveugles, auxquelles il attribuait un rétrécissement spontané du champ de la conscience, alors qu'il ne s'agissait en réalité, que d'un phénomène de suggestion, ne correspondant qu'à une illusion suggérée au sujet.

Chez aucun de mes sujets, à aucun moment, je n'ai constaté l'affaiblissement de la faculté de synthèse. Ils étaient capables d'embrasser dans le champ de leur conscience, toutes les sensations : si je suggérais, ou si le sujet s'était auto-suggéré, la perte du sens tactile par exemple, ces sensations étaient comme les autres « synthétisées par la perception personnelle » et effacées, supprimées, retranchées secondairement, comme si un écran s'était placé entre elle et l'œil de la conscience. Pour M. Janet, la sensation s'arrête sur le seuil de la conscience,

pour nous, elle y pénètre ; mais le sujet la repousse, comme si elle était entrée par erreur.

La théorie de M. Janet, ressemble quelque peu à celle de Durand de Gros.

Sa doctrine est celle du *polypsychisme*.

Notre psychisme ne constituerait pas une unité individualisée, et notre moi, serait composé en réalité d'une infinité d'individus partiels, chacun doué de la faculté de penser : le « moi » serait une colonie de « moi » secondaires, plus ou moins intimement reliés les uns aux autres, solidaires et subordonnés à une direction supérieure, mais, néanmoins relativement autonomes, chacun avec sa conscience à lui.

Chacune de ces consciences, prise à part, constituerait en somme une conscience rétrécie.

Wundt parle aussi du rétrécissement de la conscience (Einengung des Bewusteins). Sa théorie rappelle un peu celle de M. Joire, de Lille. Elle est basée sur le principe de la compensation des fonctions qui veut que l'inhibition des fonctions dans un domaine donné, entraîne une activité plus grande dans un domaine corrélatif.

Goltz, Preyer, Verworne, ont proposé des théories analogues, qui comportent des objections identiques à celles que j'ai faites à M. Janet.

En somme, l'idée de rétrécissement du champ de la conscience est une description et pas plus : le sensorium semble être trop petit pour certaines sensations ; c'est l'apparence, ce n'est pas la réalité : toutes les théories qui s'inspirent de cette conception, ne résistent pas à l'examen des faits cliniques ou expérimentaux, convenablement observés.

Théorie de M. Grasset

M. Grasset considère, dans le cerveau, au point de vue psychologique : deux variétés de centres.

1° Le centre psychique supérieur, qui est le centre du moi personnel, conscient, libre et responsable.

2° Les centres automatiques supérieurs, situés dans la substance grise des circonvolutions cérébrales, et reliés entre eux par des fibres nombreuses, et rattachés ainsi à la périphérie, et au centre supérieur, par des voies centripètes (idéo-sensorielles) et d'autres centrifuges (idéo-motrices).

On peut avoir ou non conscience des actes automatiques, suivant que l'activité automatique est communiquée ou non au centre supérieur, qui est le centre de la conscience personnelle.

Les actes automatiques supérieurs ne deviennent conscients que par l'addition de l'activité du centre supérieur à l'activité propre des centres automatiques.

Partant de cette théorie M. Grasset explique ainsi l'anesthésie psychique.

Si le centre supérieur n'est pas atteint par la sensation, il n'y aura pas sensation perçue, il y aura anesthésie. Mais si l'excitation atteint les centres automatiques supérieurs, elle pourra d'autre part fournir des preuves expérimentales de son existence et de son arrivée jusqu'aux centres du psychisme inférieur.

Et voilà comment ces anesthésies présenteront des caractères paradoxaux, en apparence, et contradictoires. La sensation n'existera pas pour le centre supérieur et ne

sera pas perçue ; elle existera pour les centres automatiques qui pourront l'utiliser inconsciemment pour des actes, souvent compliqués de psychisme inférieur ou d'automatisme supérieur.

Je répondrai à M. Grasset :

Considère-t-il comme un acte de psychisme inférieur ou d'automatisme supérieur, ce fait qu'un sujet atteint d'amaurose perçoit parfaitement l'objet qu'il prétend ne pas voir ?

L'expérience du prisme, et d'autre part, la possibilité de réveiller dans l'esprit du sujet la mémoire de ce qu'il dit n'avoir pas vu, prouvent surabondamment qu'il y a eu une perception *consciente*.

Voici une expérience que j'ai faite : à une malade atteinte d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, je présente devant l'œil amaurotique un couteau — elle ne voit rien — je lui restaure la sensibilité et je lui demande de se rappeler le nom de l'objet que je lui ai montré. Elle dit qu'elle ne peut pas.

C'est très possible, lui dis-je, mais vous n'avez qu'à fermer les yeux. Un objet qu'on a mis devant l'œil, fait sur la rétine une image, comme sur une plaque de photographie. Cette image persiste un certain temps.

Recueillez-vous bien ; efforcez-vous, en concentrant toute votre pensée, de voir l'image que l'objet montré, a laissé sur votre rétine. — Elle réfléchit un instant en fermant les yeux — elle semble faire un effort de réflexion et me dit. — C'est un couteau.

On pourra faire à cette expérience l'objection suivante : « Vous pouvez très bien réveiller une impression qui n'aurait pas été *consciente*. Les centres automatiques su-

périeurs ont enregistré l'impression sensorielle, mais ne l'ont pas livrée au centre supérieur ; cependant ils en ont gardé le souvenir latent : la trace de ces sensations est restée, et par votre suggestion vous avez réveillé l'image qui s'était arrêtée aux centres automatiques supérieurs, et vous avez obligé le centre supérieur à en prendre connaissance ».

Il est difficile, j'avoue d'opposer une réponse catégorique, appuyée sur des faits, à une objection qui me serait ainsi posée.

Mais l'expérience du prisme et de l'appareil de Snellen, et les expériences que j'ai faites sur toutes les autres sensibilités ne sont pas passibles de cette objection. Grâce au prisme et à l'appareil de Snellen, je me suis assuré que les deux yeux, voient aussi parfaitement, dans les cas d'amaurose unilatérale ; le sujet voit alors qu'il croit ne pas voir, et l'image des objets présentés est aussi précise pour les deux yeux : l'impression arrive nettement dans le champ de la conscience, avec un même éclat, qu'il s'agisse de l'œil amaurotique ou de l'œil sain.

Je pourrais multiplier les exemples : ainsi, si je suggère à un de mes malades une surdité absolue, je pourrai crier à ses oreilles, il n'entendra pas, son visage restera inerte ; si je lui dis alors très doucement : « C'est fini, maintenant vous entendez », il entendra aussitôt. Donc, il m'a entendu, et il entendait quand il croyait ne pas entendre. Rien n'est plus curieux que d'interroger alors ces malades, en leur montrant l'absurdité de leur conduite. Tous fournissent des réponses à peu près semblables : « Les uns prétendent qu'on ne leur avait suggéré la surdité que pour un temps déterminé, d'autres imagi-

nent des raisons souvent étranges, mais tous affirment qu'ils ne m'ont pas entendu les désuggestionner.

En résumé, toutes ces expériences montrent, d'une façon irréfutable, que cette anesthésie n'est qu'une illusion et que la conscience supérieure a parfaitement pris connaissance de l'impression visuelle ou acoustique.

La théorie des deux consciences, proposée par M. Grasset, ne répond donc pas, malgré toute son ingéniosité, aux expériences, ni à l'observation rigoureuse des faits cliniques.

Théorie de M. Bernheim

C'est à cette dernière théorie, que je me rattacherai volontiers, parce que seule, parmi toutes celles que j'ai étudiées, elle est en concordance absolue avec les faits cliniques tels qu'on les observe.

Cette doctrine suppose une identité entre les anesthésies suggérées et les anesthésies dites hystériques. Je crois avoir suffisamment démontré que cette identité existe et que l'anesthésie dite hystérique, au point de vue clinique et étiologique, est absolument semblable à l'anesthésie suggérée ? L'une et l'autre sont des anesthésies psychiques, c'est-à-dire des illusions de l'esprit. Celà admis, tout ce que l'on dira de l'une au point de vue mécanisme, pourra strictement s'appliquer à l'autre.

Voilà le premier point qu'il fallait établir. En second lieu, il faut savoir comment M. Bernheim entend la suggestion. Pour lui, la suggestibilité est une propriété normale du cerveau humain : cette suggestibilité est le ré-

sultat de deux autres propriétés également physiologiques de notre cerveau, à savoir : la crédivité et l'excitabilité réflexe idéodynamique, c'est-à-dire l'aptitude du cerveau à transformer l'idée en acte (sensations, images, mouvements, émotions, actes organiques même).

La *crédivité*, dit Durand de Gros, nous est donnée afin que nous puissions croire sur parole sans exiger des preuves rationnelles ou morales à l'appui.

C'est un lien moral des plus importants. Sans lui, pas d'éducation, pas de tradition, pas d'histoire, pas de transactions, pas de parti social ; car étant étrangers à toute impulsion de ce sentiment, tout témoignage serait pour nous non avenu, et les assurances les plus véhémentes de notre meilleur ami nous annonçant d'une voix haletante que notre maison prend feu ou que notre enfant se noie, nous trouveraient aussi froid, aussi impassible que si l'on se fut contenté de dire : « Il fait beau » ou « il pleut ». Notre esprit resterait fixe et imperturbable dans l'équilibre du doute, et l'évidence seule aurait la puissance de l'en faire sortir. En un mot, croire sans la crédivité, serait aussi difficile que voir sans la vue. ce serait radicalement impossible.

La crédivité est donc une propriété normale du cerveau. Quand cette crédivité devient excessive, elle s'appelle crédulité ; la crédivité est physiologique et la crédulité est une infirmité.

L'excitabilité, la réflectivité idéo-dynamique, c'est l'aptitude que possèdent tous les sujets à transformer l'idée reçue en acte : la cellule cérébrale, actionnée par une idée, actionne les nerfs qui doivent la réaliser. C'est ce que M. Bernheim a appelé la *loi de transformation idéo-*

dynamique. L'idée devient mouvement, image, sensation viscérale, émotion, acte organique.

A l'état normal, toute idée formulée est discutée par le cerveau, qui ne l'accepte que sous bénéfice d'inventaire ; perçue par les centres corticaux, l'impression se propage, pour ainsi dire, aux cellules des circonvolutions voisines : leur activité propre est mise en jeu, les diverses facultés dévolues à la substance grise de l'encéphale interviennent ; l'impression est élaborée, contrôlée, analysée par un travail cérébral complexe qui aboutit à son acceptation ou à sa neutralisation ; l'organe psychique oppose, s'il y a lieu, son veto à l'injonction ».

Très souvent, des individus absolument normaux passent de l'idée à l'acte très rapidement, sans réflexion ; ce sont ceux que, dans la vie, on appelle des impulsifs.

Un sujet suggestionné se conduira de même, il aura une tendance à réaliser, tout de suite, l'idée qu'on aura mise dans son cerveau.

Cet idéodynamisme n'est pas proportionnel à la crédivité ; certains sujets très crédules, mais dont l'idéodynamisme, n'est pas développé, ne passent pas de l'idée à l'acte ; d'autres, au contraire, qui ne sont pas crédules, des étudiants en médecine, par exemple, au courant des phénomènes de la suggestion, qui savent pertinemment que c'est une illusion que l'on veut créer chez eux, ne peuvent pas, malgré leur scepticisme, résister à leur idéodynamisme, lorsque celui-ci est exagéré : l'idée se transforme en acte avec tant de netteté et de rapidité que le contrôle cérébral ne peut ni l'empêcher, ni l'effacer.

---

(1) Bernheim. *De la suggestion*, p. 194.

Chaque individu constitue d'ailleurs, comme je l'ai déjà dit, une personnalité suggestive très spéciale : certains idéodynamismes sont plus faciles à mettre en œuvre que d'autres : un tel fera plus facilement de l'anesthésie, un autre de la contracture, un autre enfin des hallucinations ou des actes. Il existe des sujets très hallucinables, qui ne peuvent pas réaliser de l'anesthésie, et réciproquement.

Le sommeil n'est pas nécessaire pour provoquer la suggestibilité. On a vu que, parmi la population hospitalière, 63 0/0 des malades peuvent faire de l'anesthésie par simple suggestion à l'état de veille.

Le mécanisme de la suggestion, en général, peut donc se résumer dans la formule suivante : *accroissement de l'excitabilité idéodynamique*, idéomotrice, idéosensitive, idéosensorielle, idéoorganique. Dans ces conditions, l'image qu'on aura mise dans le cerveau du sujet, se réalisera plus ou moins rapidement.

Les nombreuses observations que nous avons relatées, l'ont prouvé à nos lecteurs.

Un suggestible, à l'occasion d'une hypoesthésie ou d'une anesthésie réelle, localisée à son bras, quelle que soit du reste l'origine de cette anesthésie, conserve dans son cerveau, l'idée que son bras ne sent pas. Cette idée a survécu à la cause qui l'a fait naître. C'est de l'auto-suggestion, maintenant l'illusion d'un phénomène qui n'a plus sa raison d'être.

L'idée du phénomène le réalise.

Sans doute, cette idée est incapable par elle-même, d'empêcher la sensation de pénétrer jusque dans le champ de la conscience ; mais une fois que cette idée d'anesthé-

sie est entrée dans le sensorium, elle entretient chez le sujet, l'*illusion* qu'il ne sent pas. La sensation pénètre bien dans le champ de la conscience, mais l'esprit du sujet, actionné par l'idée qu'il ne doit pas sentir, efface les sensations au fur et à mesure qu'elles arrivent dans le sensorium.

« La cellule œsthésodique, dit M. Bernheim, ayant livré l'impression perçue à la conscience, l'esprit, actionné par la suggestion (ou l'auto-suggestion), la neutralise presque en même temps, et l'efface du souvenir aussitôt qu'elle a pénétré dans le champ de la conscience ; l'amnésie de la sensation vient se superposer à la perception : l'esprit détruit la réalité et crée une illusion négative.

En disant amnésie, je ne veux pas dire que le souvenir de la sensation soit aboli, il a seulement quitté le champ de la conscience, il est subconscient, latent ».

En résumé, si l'on veut embrasser d'un coup d'œil d'ensemble, le mécanisme de cette anesthésie dite hystérique, on pourra concevoir le phénomène de la façon suivante.

L'anesthésie nerveuse exige, pour se produire, que l'idée d'anesthésie ait été introduite dans le cerveau, à l'occasion, soit d'une anesthésie réelle et éphémère, soit d'une hypoesthésie passagère ou persistante, exagérée par le sensorium.

Cette idée ne persiste pas chez certains sujets, parce qu'elle est rectifiée par le contrôle cérébral : celui qui se croit sourd ou anesthésique, se rend compte qu'il entend et qu'il sent, et ainsi l'idée fausse, qui, un instant s'était emparée de lui, est rectifiée par le jugement, éclairé par les impressions réelles qui lui arrivent. Dans ce cas, il n'y a pas suggestion : l'idée n'a pas persisté.

D'autres fois, l'idéodynamisme du sujet est tellement actif, que l'idée d'anesthésie devient acte : l'idée réalise l'image psychique de l'anesthésie avec tant de netteté, la *sensation d'anesthésie* est, si j'ose ainsi dire, tellement consciente, que le sujet ne peut s'empêcher de neutraliser les impressions réelles perçues et les considère en quelque sorte comme nulles et non-avenues. Dans ce cas, l'idée d'anesthésie n'a pas pu être effacée par le contrôle ; il y a suggestion.

Cette suggestion s'impose d'ailleurs chez les différents sujets avec plus ou moins de force.

Facile à supprimer chez les uns, en rectifiant l'illusion, elle est quelquefois irréductible chez d'autres, pour lesquels l'auto-suggestion domine la suggestion contraire et la réalité.

Il est possible d'ailleurs que l'anesthésie purement psychique, vienne en quelque sorte à se matérialiser : l'idée du phénomène, peut produire dans la région anesthésiée, des modifications molléculaires, intéressant les nerfs sensitifs, qui empêchent l'influx nerveux de passer. Alors le sujet peut être pincé, piqué à l'improviste sans manifester la moindre réaction.

Telle est, dans toute sa claire et séduisante simplicité, la doctrine de mon maître, telle qu'elle m'est apparue par la lecture de ses œuvres, et par ses démonstrations cliniques.

Elle a sur toutes les autres doctrines, l'avantage de réunir et de résumer clairement les faits cliniques tels qu'ils se présentent : tous s'expliquent par l'idée d'illusion négative : chez tous mes sujets, j'ai vu la sensation entrer dans le sensorium, et le sujet avoir l'illusion qu'elle n'y a pas pénétré.

Enfin, cette doctrine, permet d'interpréter d'autres phénomènes semblables, tels que paralysie ou contracture hystériques.

Par ces deux qualités, l'hypothèse de M. Bernheim doit désormais s'imposer : si elle n'est pas encore pour tous, la vérité d'aujourd'hui, elle sera la vérité de demain.

Il appartenait à celui qui, depuis de longues années a défendu avec opiniâtreté, la doctrine de la suggestion, contre les erreurs de la Salpêtrière, de donner l'explication rationnelle et définitive de l'anesthésie psychique.

De quelques considérations médico-légales

Je n'ai pas la prétention de traiter, dans les quelques pages qui vont suivre, toute la question médico-légale des anesthésies psychiques. Cette question, très complexe et très délicate, demanderait, pour être étudiée dans tous ses détails, des développements étendus, qui ne sauraient trouver place dans un travail surtout clinique.

Je me contenterai de signaler les questions principales auxquelles un expert peut avoir à répondre dans le cas d'une anesthésie nerveuse traumatique. Je me placerai donc surtout, au point de vue des accidents du travail.

Aussi bien, est-ce surtout, depuis la loi de 1898, que les médecins ont été amenés à étudier de plus près ces anesthésies nerveuses.

Autrefois, leur étude était surtout intéressante pour dépister l'hystérie. J'ai montré, dans ce travail, que cette anesthésie est loin de constituer un stigmate de l'hystérie,

mais qu'elle peut être très utile quelquefois pour connaître le degré de suggestibilité d'un sujet.

A ce point de vue, que je signale en passant, l'anesthésie nerveuse, spontanée, expérimentale, pourra souvent servir au médecin pour l'examen d'un inculpé. Si celui-ci réalise facilement, par suggestion ou auto-suggestion, de l'anesthésie psychique, on aura le droit de se demander si sa responsabilité n'est pas diminuée ; mais, *seules les circonstances du fait*, permettront de formuler à ce sujet une opinion définitive. Je ne voudrais pas que l'on pût croire que, dans mon esprit, la possibilité de créer une anesthésie, fût synonyme toujours de responsabilité atténuée. Nous avons vu, en effet, que chaque individu possède une personnalité suggestive spéciale, et que tel sujet qui réalisera facilement de l'anesthésie, par exemple, pourra très bien être réfractaire à toute autre suggestion. Ces réflexions, on le voit, ne sont pas pour faciliter la tâche déjà si délicate du médecin-légiste. En médecine légale, comme en médecine, rien n'est plus dangereux que la médecine d'équation, si j'ose ainsi dire.

Parce qu'un sujet sera anesthésique, l'expert ne pourra pas plus conclure à la suggestibilité générale de l'inculpé que le médecin n'aurait de droit de poser le diagnostic d'hystérie. Dans le premier cas, les renseignements fournis par le juge aideront aux conclusions ; dans le second, les anamnestiques guideront le diagnostic.

Lorsqu'il s'agit d'accidents du travail, il est rare qu'on trouve l'anesthésie nerveuse isolée, au moins en ce qui concerne celle de la sensibilité générale : elle est presque toujours associée à des troubles moteurs, qui occupent la

première place dans le tableau clinique présenté par le blessé.

Quant à l'anesthésie de la sensibilité spéciale, elle peut exister isolément : les observations ne manquent pas, de cécité ou de surdité psychiques survenues, à la suite de traumatismes.

L'expert, chargé d'examiner un blessé présentant de l'anesthésie, isolée ou associée, devra, selon moi, résoudre les questions suivantes :

1° Le malade a-t-il été soumis à des examens antérieurs qui auront pu créer chez lui une anesthésie qui n'existait pas, ou compléter une hypoesthésie réelle, due à la lésion organique ?

2° Cette anesthésie est-elle psychique ?

3° L'auto-suggestion est-elle seule en cause ou bien est-elle entretenue par une lésion organique réelle ou un état spécial du cerveau, une psychose, par exemple. Dans ce cas quelle est la part qui revient au traumatisme et au blessé ?

4° Quel est le pronostic de cette anesthésie ?

1re QUESTION. — *L'anesthésie a-t-elle été créée par l'exploration ?*

Il n'est pas toujours commode de résoudre ce problème ; cependant, si l'on se trouve en présence d'une hémianesthésie complète, sentivo-sensorielle, on est en droit de supposer qu'un examen médical antérieur, s'il ne l'a pas créé de toutes pièces, a du moins perfectionné une hypoesthésie déjà existante et plus localisée. Au fond, cette question n'a qu'un intérêt secondaire : elle

n'intéresse l'expert que pour le mettre en garde contre les anesthésies que ses recherches pourraient provoquer, et pour lui éviter de considérer, comme une aggravation due à la lésion organique, l'anesthésie qu'il a lui-même produite.

2e QUESTION. — *Cette anesthésie est-elle réellement psychique ?*

Il n'est pas difficile de répondre à cette question. Il suffit de répéter sur le sujet toutes les expériences que j'ai indiquées, et que je crois inutile de reproduire ici (voir chapitre II *passim*). Si elles donnent des résultats positifs, on peut affirmer qu'on est en présence d'une anesthésie nerveuse. Si les résultats sont douteux, ce que, pour notre part, nous n'avons jamais trouvé, il faut attendre ; et dans ces cas il arrivera souvent que l'anesthésie auto-suggestive ne joue qu'un rôle effacé, tandis que l'anesthésie organique tient la première place. On pourra toujours différencier ce qui appartient à l'une et à l'autre.

Quant au diagnostic entre l'anesthésie nerveuse et l'anesthésie simulée (1), il se fera facilement ; à moins que le simulateur n'ait assisté à des expériences comme celles que nous préconisons, et qu'il en ait compris la raison, il est impossible, par simulation, de reproduire tous les caractères de l'anesthésie psychique. Ceux qui en

(1) Les auteurs donnent des statistiques de simulateurs qui, a mon sens, dépassent de beaucoup la vérité. Ils ont été victimes, dans leurs calculs, de la ressemblance qui existe à première vue entre l'anesthésie simulée et l'anesthésie psychique. Hall a donné 1,25 0/0 de simulateurs : Hoppenheim, 4 0/0 ; Seligmuller, 25 0/0, Hoffmann, 33 0/0.

sont atteints répondent avec une ingénuité naïve que ne saurait avoir un vrai simulateur. J'ai, du reste, répété plusieurs fois mes expériences sur des sujets absolument normaux, intelligents, qui ne savaient pas les réponses faites d'habitude par les malades anesthésiques et à qui j'avais demandé de simuler une hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Leurs réponses sont assez différentes de celles des vrais anesthésiques, et leur attitude ne permet pas la confusion.

3e QUESTION. — *L'auto-suggestion est-elle seule en cause ?*

Plusieurs cas peuvent se présenter.

Il y a eu une lésion traumatique manifeste dont il reste la cicatrice, ou qui se trouve consignée dans le rapport du premier médecin.

Dans ce cas, après s'être assuré que l'anesthésie est psychique, il faut rechercher avec soin s'il n'existe pas une altération organique du nerf, pouvant produire une anesthésie ou une hypoesthésie réelle, qui entretient l'anesthésie psychique. On verra s'il existe de l'atrophie, des troubles trophiques cutanés, de l'abolition des réflexes, des tremblements fibrillaires, etc.

D'autres fois, il s'agit d'un traumatisme qui a porté sur le crâne : ce sont les cas les plus complexes.

Y a-t-il des crises d'épilepsie Jaksonnienne, de l'exagération des réflexes ? on pourra songer à une lésion cérébrale en foyer.

N'y a-t-il au contraire aucun symptôme de lésions en foyer, mais existe-t-il un état mental particulier, il faudra penser à l'évolution d'une psycho-névrose. Dans ces cas,

l'aspect général du malade, ses tendances à la mélancolie, et souvent l'exagération des réflexes, permettront de poser le diagnostic.

En somme, la question qu'il importe de résoudre est de savoir si tous les phénomènes qu'on a sous les yeux sont le fait exclusif d'une auto-suggestion dont la cause première a disparu, ou s'il existe encore une lésion organique, qui met en œuvre le mécanisme auto-suggestif.

Quand on a tranché cette première difficulté, il faut établir la part qui revient au traumatisme lui-même dans la production des accidents.

Y avait-il chez le blessé, une prédisposition, une diathèse latente qui diminue d'autant la responsabilité patronale ?

Ou le traumatisme est-il seul coupable de tous les accidents?

Il est certain que les deux causes interviennent et, pour se former une opinion, il sera utile de faire un rapprochement entre la gravité des symptômes et la violence du traumatisme.

Enfin, il existe aussi actuellement, chez quelques blessés, une sorte d'*opportunisme inconscient*, dû à l'espoir d'une indemnité, qui les hypnotise et dont il faut savoir tenir compte.

Il est certain que, depuis la loi de 1898, on voit plus de psychoses traumatiques que jadis : c'est au point que MM. Brissaud et Secrétant ont prononcé le mot de « *névroses d'assurances* ».

Il est, en effet, curieux que le traumatisme le plus léger développe aujourd'hui chez les ouvriers, des névroses aussi durables. Par comparaison, avec ce qui arrive chez

d'autres accidentés non ouvriers, on se rend bien compte de cet opportunisme, auquel je viens de faire allusion. Je n'en citerai qu'un exemple.

Dans le courant de l'année 1905, un accident grave s'est produit à Nancy.

Une voiture, chargée de 14 médecins et étudiants en médecine, a roulé dans un ravin. Presque tous ceux qui s'y trouvaient ont été sérieusement blessés. Aucun n'a eu, à la suite, d'accidents d'hystéro-traumatisme.

En eût-il été de même si, au lieu de médecins, il s'était agi d'ouvriers se rendant à leur travail?

Mais je dois à la vérité d'ajouter que, dans les cas même, ou cet opportunisme entre en jeu, la bonne foi du blessé reste, le plus souvent, entière : le sujet dominé par l'instinct d'opportunité, maintient de bonne foi des phénomènes purement dynamiques.

La preuve, c'est que souvent les phénomènes persistent avec la même intensité, alors même que l'intérêt n'est plus en jeu.

4e QUESTION. — *Quel est le pronostic de cette anesthésie?*

Il est impossible à formuler. Les désordres provoqués par le traumatisme peuvent disparaître rapidement, comme chez notre malade R.. , comme chez celui de M. Grasset, ou, au contraire, ils peuvent persister avec une désespérante tenacité, comme chez D...

Même dans les cas, où ils semblent guéris, ils peuvent reparaître identiques ou sous un autre aspect.

En résumé devant les tribunaux, on devra faire remarquer aux juges qu'il est probable qu'une amélioration se

produira lorsque le procès aura eu sa solution. Il est indispensable de faire cette réserve.

Ensuite, je crois qu'on fera bien de leur exposer, d'une façon claire, la nature même de l'anesthésie psychique, afin qu'ils comprennent bien qu'elle peut guérir au moment où l'on s'y attend le moins.

Enfin, on conclura provisoirement à une incapacité temporaire avec indemnité réduite au minimum.

Pendant trois ans, la réclamation reste un droit acquis pour le plaignant.

En procédant ainsi, je crois que l'on aura concilié de la façon la plus équitable, les intérêts de l'ouvrier et ceux du patron.

Enfin il est un dernier point sur lequel je voudrais appeler l'attention. La loi du 9 avril 1898, prescrit que la déclaration de l'accident doit être faite dans les quarante-huit heures qui suivent. Or, les accidents nerveux consécutifs au traumatisme, peuvent se produire assez longtemps après. Il serait donc utile de reviser la loi, au moins en ce qui concerne les délais de déclaration.

Toutes ces expertises, on le voit, sont très délicates, on se laissera surtout guider par les circonstances et l'on se gardera bien de faire des rapports hâtifs ou de déposer des conclusions trop catégoriques. On ne saurait être assez prudent, quand on se trouve en présence de troubles psychiques, dont l'évolution est presque toujours impossible à prévoir.

Telles sont les considérations médico-légales que j'ai cru utile de faire ; j'ai posé les données du problème, tel que je le comprends : le temps et la jurisprudence le résoudront.

CONCLUSIONS

Ce qui fait l'unité de ce travail, c'est la doctrine de la suggestion, qui relie entre eux tous les faits, expérimentaux et cliniques, rapportés dans les différents chapitres.

Chacun de ces chapitres a une conclusion qui lui est propre et qui découle naturellement de l'examen impartial des cas observés.

En fait, il s'est toujours agi, comme je l'ai montré, de phénomènes de suggestion et d'auto-suggestion, qui répondent, les uns et les autres à une illusion de l'esprit.

Nous avons constaté des anesthésies en apparence, spontanées ; nous avons vu qu'elles étaient illusoires et identiques aux anesthésies suggérées. Cette ressemblance nous a fait penser que le mécanisme psychique qui les produisait était le même dans les deux cas. Voilà la substance même de ce travail. A présent, il me paraît utile de faire en quelque sorte la synthèse de tous ces faits et de toutes ces conclusions que l'analyse des cas cliniques ont mis en évidence.

1° L'anesthésie, dite nerveuse ou hystérique, est mobile, fugace, sans limite précise, variable suivant les moments ou la manière dont on l'explore, capable de se compléter et même de prendre quelquefois une fixité assez rebelle ;

2° Les caractères qu'elle présente, sont identiques à ceux de l'anesthésie suggérée ;

3° Cette identité laisse à penser que l'anesthésie psychique est une anesthésie par auto-suggestion ;

4° L'observation des faits, prouve que ces anesthésies sont produites par un mécanisme suggestif ;

5° L'exploration médicale suffit quelquefois pour créer et développer cette anesthésie ;

6° Quand cette anesthésie semble spontanée, on peut, presque toujours, démontrer qu'elle a été greffée par l'imagination inconsciente du malade, sur une anesthésie ou une hypoesthésie réelle, d'origine organique et même dynamique.

7° L'anesthésie psychique, qui a duré un certain temps, peut se matérialiser. Les nerfs cutanés de la région anesthésiée subiraient une modification moléculaire qui les rend impropres à transmettre l'influx nerveux ;

8° Une thérapeutique suggestive bien conduite, peut, le plus souvent, faire disparaître cette anesthésie ;

9° Cette anesthésie ne doit pas être considérée comme un stigmate de l'hystérie : elle existe chez des sujets non hystérisables et manque souvent chez les vrais hystériques. Au terme d'anesthésie hystérique, il convient de substituer celui d'anesthésie psychique ;

10° Cette anesthésie psychique est une illusion de l'esprit.

On démontre que les impressions ont pénétré dans le domaine de la conscience, où l'imagination du sujet les efface postérieurement ;

11° Il existe une autre variété d'anesthésie psychique, dite par distraction. Dans ce cas, l'impression n'entre

pas dans le champ de la conscience : ce n'est pas le cas des anesthésies nerveuses dites hystériques.

Telle est la question de l'anesthésie psychique comme elle doit être envisagée et comprise à l'heure actuelle.

Si la doctrine que j'expose n'est pas encore classique, c'est la faute de ceux qui, suivant la phrase de Claude Bernard : « ayant une foi excessive dans leurs théories et dans leurs idées, sont non seulement mal disposés pour faire des découvertes, mais font aussi de mauvais observateurs. Il faut accepter les résultats de l'expérience, tels qu'ils se présentent, avec leur imprévu et leurs accidents ».

L'Ecole de Nancy s'est inspirée de cette règle de conduite : forte de l'exactitude rigoureuse de ses observations, elle a fait table rase de tous les dogmes classiques, pour leur substituer une doctrine plus vraie et plus féconde.

Index Bibliographique

Abadie. — Les localisations fonctionnelles de la capsule interne. (Th. Bordeaux, 1900.)

Alexander. — Hystéric Stigmatization. (*Médicine*, 1898, IV, p. 807-812.)

Antonini. — Contributo allo studio dell' automatismo psicologico per autosuggestione. (*Riv. Sperim. di Freniat*, 1898, XXIV, p. 626-654.)

Apollonius de Tyane. — Le merveilleux dans l'antiquité. (Trad. Chassang, 1868.)

Attal. — Les troubles vaso-moteurs dans l'hystérie. (Th. Paris, 1898.)

Azain. — Le caractère dans la santé et dans la maladie. (Paris, 1887.)

Babinsky. — Recherches servant à établir que certains phénomènes nerveux peuvent être transmis d'un sujet à l'autre sous l'influence de l'aimant. (*S. de Biol.*, 1881.)

Babinsky. — Grand et petit hypnotisme. (1889, *Arch. deNeurol*, p. 92-108.)

Babinsky. — Hypnotisme et hystérie. (Juill. 1891. *Gaz. hebd. de Méd. et Chir.*)

Babinsky. — Définition de l'hystérie. (1901, *Rev. de l'Hypn.*, XVI, p. 193-201.)

Babinsky. — Définition de l'hystérie. (*Journal de Pathol. interne*, Novembre 1905.)

Bain. — Les émotions et la volonté. (1885.)

Barth. — Les religions de l'Inde. (Paris, 1880.)

Barth. — Du sommeil non naturel, ses diverses formes. (Th. d'agrég., 1886.)

Bastian. — On muscular sense. (*Journ. of neurology.*, april 1887.)

Bataille. — Traumatisme et névropathie. (Th. Paris, 1887.)

Beauvais. — Le somnambulisme provoqué. (1886.)

Beaunis. — Simulation d'amblyopie double attribuée à la lumière des éclairs. (*Rev. de l'hypn.*, 1896, p 331.)

Berbey. — Hystérie toxique. (*Gaz. d. Hôpitaux*, 14 janv. 1888.)

Berbez. — Hystérie et traumatisme. (Th. Paris, 1887.)
Berger. — Zur Lehre von den Emotions neurosen. (*Deutsche Zeitsch prakt. Méd.*, 22 et 29 sept. 1877.)
Bergson. — La simulation inconsciente dans l'état hypnotique. (*Rev. philos.*, nov. 1886.)
Bernheim. — De l'amaurose hystérique et de l'amaurose suggestive. (*Rev. de l'hypn. expér. et thérap.*, sept. 1886, p. 65.)
Bernheim. — De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. (Paris. O. Doin, 1888.)
Bernheim. — A propos de l'étude sur James Braid, par le Dr Milne Bramwell. (*Rev. de l'hypn.*, 1898, p. 143.)
Bernheim. — De l'anesthésie hystérique, son mécanisme. (*Rev. de Méd*, 1901, XXI, p. 193-210.)
Bernheim. — De l'élément psychique dans l'hémianesthésie hystérique. (*Rev. de Méd.*, 1902, XXII, p. 677-686.)
Bernheim. — L'organisme humain. (*Rev. méd. de l'Est*, 1902.)
Bernheim. — Hypnotisme. Suggestion. Psychothérapie. (Paris. Doin, 1903.)
Bernheim. — Accélération et ralentissement du pouls par numération accélérée ou ralentie. (*Rev. méd. de l'Est*, déc. 1904.)
Bernheim. — Conception du mot hystérie. Critique des doctrines actuelles. (O. Doin, 1904.)
Bernheim. — Suggestion et persuasion. (*Rev. bleue*, 1905. *Rev. méd. de l'Est*, avr. 1905,)
Bersot (Mesmer). — Le magnétisme animal. (Coll. Hachette. Paris, 1879.)
Bertrand. — Traité du somnambulisme et des différentes modifications qu'il présente. (Paris, 1823.)
Bichelonne. — Considérations sur la simulation du rétrécissement concentrique du champ visuel. (*Ann. d'ocul.*, 1903, CXXX, p. 252.)
Binet. — L'intensité des images mentales. (*Rev. de phil.*, 1887.)
Binet. — Contribution à l'étude de la douleur chez les hystériques. (*Rev. phil.*, août 1889.)
Binet. — Recherches sur les mouvements volontaires dans l'anesthésie hystérique. (*Rev. phil.*, nov. 1889.)
Binet. — Recherche sur les altérations de la conscience chez les hystériques. (*Rev. phil.*, févr. 1889.)
Binet. — Les altérations de la personnalité. (Paris. Félix Alcan, 1892.)
Binet — La suggestibilité au point de vue de la psychologie individuelle. (*Année psychol.*, 1898, p. 82.)
Binet. — La mesure de la sensibilité. (*Année psychol.*, 1902, p. 79.)
Binet.— Analyse critique du livre de Grasset : Hypnotisme et suggestion. (*Année psychol.*, 1903, p. 525.)
Binet et Féré. — Du sens musculaire chez les hystériques. (*Rev. phil.*, 1888.)

Binet et Féré. — Le magnétisme animal. (*Bibl. scient. int.*)
Binet-Sanglet. — Théorie physiologique de l'hystérie. (*Rev. de l'hypn.*, 1901, n° 16.)
Bitot et **Sabrazès.** — Anesthésie des testicules dans l'hystérie mâle. (*Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 14 déc., 1891.)
Blocq. — Les stigmates hystériques.
Blum. — De l'hystéro-traumatisme. (*Arch. gén. de méd.*, 1893, p. 458.)
Bodin. — De la démonomanie des sorciers. (Paris, 1587.)
Borel (G.). — Hystéro-traumatisme oculaire. (*Ann.*, *Ocul.*, avr. 1900.)
Bouchard. — Pathologie générale. (*T. V.*)
Boulay et **H. Le Marc Hadour.** — De l'élément psychique et de la surdité. (*Congrès d'otologie Bordeaux*, août 1904.)
Braid. — Neurypnology. (Londres. Traduct. Jules Simon, 1883.)
Brainerd. — Lésion des fibres sensitives de la capsule interne. (*Jour. Amér. Méd. Ass.* L. 28 Juillet 1904, XXIII.)
Bramwell. — James Braid et la suggestion. (*Rev. de l'hypn.*, 1898, p. 353-362.)
Brecy. — Troubles de la sensibilité dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. (Th. Paris, 1902.)
Breuer et Freud. — Ueber den psychischen méchanismes histerische phenomène. (*Neurolisch-Centralblatt*, 1893.)
Briquet. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. (Paris, 1859).
Brissaud. — Le rire et le pleurer spasmodique. (*Rev. scient.*, 13 janv. 1894.)
Brouwerd. — De l'auto-suggestibilité pathologique comme caractéristique de l'hystérie. (*Congrès intern. de Psychol.*, 1900. C. R. IV, p. L. 489-511.)
Brugsch-Pascha. — L'hypnose dans l'antiquité. (*Zeitsch hypn.* II, p. 215.)
Bruner. — Amblyopia (hystérical), in Children. (*Ophtal Record* 1898, VII, p. 176-178.)
Burgrœve. — De magnetica vulnerum naturali et legitima curatione. (1621.)
Burq. — La métallothérapie. (Th. de Paris, 1851.)
Carré de Montgeron. — La vérité des miracles opérés à l'intercession de M. de Pâris et autres appellans, démontrée contre M. l'archevêque de Sens. (In-4°, 1737.)
Castellan. — La puissance physiologique de l'idée. (*Congrès internat. de Neurol. Communic.*, p. 213-224.)
Charcot. — Des troubles de la vision chez les hystériques. (*Progrès méd.*, 1878, p. 37).
Charcot. — Note sur les divers états nerveux provoqués par l'hypnotisation sur les hystéro-épileptiques. (*C. R. de l'Ac. d. Sciences*, 13 fév. 1882.)
Charcot. — Exposé des titres scientifiques de M. Charcot. (1882.)

Charcot. — Hémianesthésie hystérique et hémianesthésie toxique. (*Bull. méd.*, mai 1887.)
Charcot. — Association hystéro-tabétique. (*Mercredi méd.*, 1891, p. 621.)
Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux.
Charpignon. — Philosophie du magnétisme.
Chavanne. — Oreille et hystérie. (Th Lyon, 1901.)
Coconnier. — L'hypnotisme franc. (Paris, Lecoffre, 1898.)
Colin. — Trois nouvelles théories de l'hystérie. (*Rev. de psychol.*, 1903, VII, p. 89-100.)
Colin. — De quelques cas d'anesthésie généralisée dans l'hystérie. (Th. Paris 1894.)
Combes. — Contribution au diagnostic de l'hystérie coïncidant avec le syndrome de la sclérose en plaques ou l'hémiplégie. (Th. Toulouse, 1901.)
Conty. — De l'hémianesthésie mésocéphalique. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1887.)
Courgeon. — L'exploration physiologique et clinique du sens musculaire. (Th. Paris, 1901.)
Crocq fils. — A propos de la pseudo extériorisation de la sensibilité. (*Rev. de l'hypn.*, janvier 1894, p. 217.)
Crocq fils. — Les suggestibilités (*Rev. de psychol. clinique et thérap.*, 1898, II, p. 199, 212, 229, 235.)
Cruchet. — Hystérie juvénile chez une fillette de 12 ans. Hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche complète. (*Arch. de neurol.*, sept. 1901, p. 177.)
Davra. — Psycho-Anesthésia. (*Alien and Neurol*, 1898, XIX, p. 251-259.)
Debove. — Recherches sur les hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice, d'hémichorée, de contracture et sur leur curabilité par les agents esthésiogènes. (*Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1879.)
Dejerine. — Hypnotisme et suggestion. (*Rev. de l'hypn.*, 1889, p. 225.)
Dejerine. — Ramollissement cérébral, paralysie prédominante du membre supérieur gauche avec anesthésie. (*Gaz. hebd.*, 1893, p. 166.)
Delbœuf. — Influence de l'imitation et de l'éducation dans le somnambulisme provoqué. (*Rev. phil.*, août 1886.)
Delbœuf. — Analogie entre l'état hypnotique et l'état normal. (*Rev. de l'hypn.*, avril 1888.)
Delbœuf. — Comme quoi il n'y a pas d'hypnotisme. (*Rev. de l'hypn.*, 1891, p. 128.)
Deleuze. — Instruction pratique sur le magnétisme animal. (Paris, 1825.)
Desjars. — Les récits imaginaires chez les hystériques. (Th. Paris, 1899.)

Dessoir (Max). — Bibliographie des modern. hypnotismus. (Berlin, 1888.)

Dieulafoy. — La cécité hystérique. (*Semaine méd.*, déc. 1905.)

Douglas Aigre. — Etude clinique sur la métalloscopie et de la métallothérapie externe dans l'anesthésie (Th. Paris, 1879.)

Dreyfous. — Hystérie alcoolique. (*Union méd.*, nov. et déc. 1887.)

Dujardin-Beaumetz et Abadie. — Cécité hystérique, etc. (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1879.)

Dusidas-Grand. — Surdité nerveuse hystérique. (*The polyclinie of the méd. graduals collège*, janv. 1900.)

Dupottet. — Exposé des expériences faites sur le magnétisme animal à l'Hôtel-Dieu de Paris. (Paris, 1821.)

Dupouy. — Médecine et mœurs de l'ancienne Rome. (Paris. Beyer, 1885).

Duprat. — L'instabilité mentale.

Egger. — De l'intermittence des anesthésies. (*C. R. Soc. de Biol.*, 1902, p. 701-702.)

Eric-Erichsen. — On Railway and other injuries of the nervous system. (1866.)

Ewald. — L'auto-suggestion isterica. (*Boll della Clin.*, 1903, XX, p. 556.)

Eyrand. — Contribution à l'étude de la simulation de l'hystéro-neurasthénie traumatique. (Lyon, 1898.)

Farez (Paul).— Valeur de l'hypnotisme comme moyen d'investigations psychologiques. (2ᵉ *Congr. internat. de l'hypn.* Paris, 1900.)

Féré. — La sensibilité à l'aimant. (*Rev. de Méd.*, sept. 1902.)

Foissac. — Mémoire sur le magnétisme animal. (Paris, 1825.)

Fontaine (Jacques). — Des marques des sorciers et de la réelle possession que prend le diable sur le corps des hommes. (Lyon, 1611.)

Forel. — Quelques remarques sur la suggestion. (*Rev. de l'hypn.*, 1889. p. 296.)

Fouillée. — Evolutionnisme des idées forces. (1890.)

Fouillée. — Psychologie des idées forces. (1893.)

Francotte. Surdi-mutité hystérique guérie par suggestion à l'état de veille. (*Mercredi méd.*, 1894.)

Francotte. — Pronostic de la névrose traumatique. (*Acad. d. Méd. d. Belg. Soc. méd.*, 4 mars 1903).

Frenkel et **Fœrslev.** — Les troubles de la sensibilité dans le tabes. (*Rev. neurol.*, 1899, VII, p. 822-826).

Gellé. — A propos d'un cas curieux de surdité hystérique. (*Arch. internat. de Layring. et d'otol.* 1898, XI, p. 264-271.)

Georget. — Article « Hystérie » du Dictionnaire de médecine. (1884. XI, p. 532.)

Gigot-Suard. — Les mystères du magnét.animal et la vérité démontrée par l'hypn. (Paris, 1860.)

Gille. — De l'hémiopie avec hémiplégie et hémianesthésie. (Th. Paris, 1880.)
Gilles de la Tourette. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. (Paris, 1895. Plon et Cie.)
Gilles de la Tourette. — De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face et du cou chez les hystériques. (Paris, 1889. Plon et Cie.)
Gilles de la Tourette. — Sœur Jeanne des Anges. (Paris. Delahaye et Lacrosnier, 1886.)
Gilles de la Tourette. — Localisation cérébrale des troubles hystériques. (*Rev. neurol.* 1900, XVIII, p. 225-227.)
Ginestous et **Fornel.** — Amblyopie hystérique et simulation. (*Journ. de méd. de Bordeaux.* 1900, XXX. p. 454-457.)
Glascoot. — Case of amaurosis fugax. (*Brit. méd. journ.* juill. 1879, p. 84.)
Glocenius. — Tractatus de magnetica curatione vulnerum. (Marburg, 1608-1609.)
Grasset (Edmond). — Etude clinique sur les troubles de la sensibilité chez les alcooliques. (Th. Bordeaux. 1887.)
Grasset (Edmond). — Note sur les effets de la faradisation cutanée dans l'hémianesthésie d'origine cérébrale. (*Arch. de phys.* 1876, p. 764.)
Grasset (Edmond). — Leçons sur le grand et le petit hypnotisme. (*Rev. de l'hypn.* 1889, p. 323.)
Grasset (Edmond). — Un cas d'hystéro-traumatisme. (*Arch. gén. de méd.* 1903, CXCI, p. 19.)
Grasset. — L'hypnotisme et la suggestion. (*Bibl. internat. de Psych. expér.* O. Doin, 1903.)
Grenier. — Essai de localisation du processus morbide dans les névroses. (Th. agrég. Paris, 1886.)
Grieu. — La sous-conscience à l'œuvre pendant l'état produit par les anesthésies. (*Soc. psychol*, mars 1894.)
Grocco. — Ipnotismo e suggestione. (*Giorn. di Neurol.*, 1888, IV.)
Grœter. — Ueber totale allgemeine anæsthesie (Diss., Leipzig, 1901.)
Guinon. — Les agents provocateurs de l'hystérie. (Th. Paris, 1889.)
Gunn. — Functionnal or hysterical Amblyopia. (*Ophtal. Rev.*, 1902, XXI, p. 271-280.)
Gyel. — L'être subconscient. (Paris, 1899.)
Hack-Tuke. — Action du moral sur le physique. (Trad. Victor Parant. Baillère, 1886.)
Hamant. — Etude sur l'hémianesthésie saturnine. (Th. Paris, 1879.)
Hardwicke. — Case of hysterical blindness. (*Brit. méd. Journ.*, mai 1876.)
Hartenberger. — Essai d'une psychologie de la suggestion. (*Rev. de psych. clin. et thérap.*, 1898, II, p. 264-278.)

Hartenberger. — De l'élément psychique dans les maladies. (Th. Nancy, 1895.)
Henrot. — De l'anesthésie et de l'hyperesthésie hystérique. (Th. doct. Paris, 1847.)
Héricourt. — L'activité inconsciente de l'esprit. (*Rev. scient.*, 31 août 1889.)
Heyne. — Ueber einen Fall von allgemeiner cutaner und sens. anesthesie. (*Darch. Klin. Méd.*, 1890, XLVII, p. 75.)
Hirsch. — Hysterische Blindheit. (*Prag. méd. Wagensch.* 14 avril 1904.)
Hirschmann. — Intoxication et hystérie. (Th. Paris, 1888.)
Hochwart (Frank). — Anesthésie d'origine cérébrale et hystérique. (*Soc. de méd. Vienne*, 17 février 1893.)
Huchard. — Etat mental des hystériques. (*Arch. de neurol.*, 1882.)
Janet. — L'automatisme psychologique. (Paris, 1889.)
Janet. Les formes inférieures de l'activité normale. (Th. Paris, 1889.)
Janet. — Etat mental des hystériques. (1893.)
Janet. — Un cas d'hémianopsie hyst. (*Arch. d. neurol.*, 1895, p. 337.)
Janet. — Anesthésie. (*Dict. de physiol. Richet*, p. 511.)
Janet. — Névroses et idées fixes.
Joire. — Importance de la constatation exacte des troubles de la sensibilité dans l'hystérie. (*Rev. d. l'hypn.*, 1901, XVI, p. 14-16.)
Joire. — De l'emploi de l'analgésie hypnotique dans les accouchements. (*Rev. d. l'hypn.*, 1898. XIII, p. 39-58.)
Joire. — Considérations sur l'hystérie. (*Rev. d. l'hypn.*, 1902, XVII, p. 56-60.)
Joire. — Extériorisation de la sensibilité. (*Rev. d. l'hypn.*, 1898, p. 193.)
Joly. — Sensibilité et mouvement. (*Rev. phil.*, 1886.)
Allan Kardec. — Le livre des médiums.
Kerneis. — Etude sur la cécité hystérique ou amaurose hystérique totale et bilatérale. (Th. Bordeaux, 1902.)
Klippel. — Anesthésie dans la paralysie générale. (*Arch. de méd. expér.*, 1894, p. 99.)
Knies. — Die einseitigen centralen Sehstœrungen und deren Beziehung zur Hysterie. (*Neurol. centr.*, 1893, p. 570.)
Krafft Ebing. — Ueber hypnotismus. (*Mitheil de Vereins d. Aertz. in Steiermarck.* Gratz, 1889.)
Kron. — Ueber hysterische Blindheit. (*Neurol. centr. Blatt*, juill. 1902.)
Lagrave (C. de). — L'auto-suggestion naturelle. (*Rev. de l'hypn.*, 1899, XV, p. 257-266.)
Pierre de Lancre. — Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons. (Paris, 1612.)
Landolt. — De l'amblyopie hystérique. (*Arch. de phys.*, 1875, p. 624.)
Lannois et Hadour. — De la surdité hystérique vraie. (*Ann. d. malad. de l'oreille.* 1899, XXV, p. 349-367.)

Lanoailles de Lachèze. — Tarassis. Troubles de l'âme et du corps chez l'homme dans les temps modernes et dans l'hystoire. (1886.)
Lapersonne (F. de). — Hystéro-traumatisme oculaire et accidents de travail. (*Presse méd.*, 22 oct. 1904.)
Laporte. — Recherches cliniques sur les troubles de la sensibilité dans la chlorose. (Th. Bordeaux, 1888.)
Lasègue. — Anesthésie et ataxie hystériques. (*Arch. gén. de méd.*, 1864.)
Lefèvre.— Les phénomènes de suggestion et d'auto-suggestion.(Bruxelles. Lamertin, 1903, II, p. 105-132.)
Leger, Lecornu et Le Roux. — Deux cas de grande hystérie : 1° hémiplégie avec anesthésie sensitivo-sensorielle ; 2° hystéro-traumatisme avec contracture et anesthésie généralisées, amaurose totale et bilatérale. (*Ann. méd. de Caen*, oct. 1904, p. 141.)
Legrand du Saule. — Les hystériques. (Paris, 1883.)
Lelut. — Physiologie de la pensée. (1862.)
Lemoine. — L'hystérie. (*La Grande encyclopédie*. Paris, 1894.)
Lepine (René). — Sur un cas d'hystérie à forme particulière. (*Rev. d. Méd.*, août 1894.)
Le Roux. — Amaurose hystérique totale et bilatérale. (*Arch. d'opht.*, déc. 1903.)
Leroy. — Ueber hysterische amaurose. (Th. Berlin, 1890.)
Lichtwitz. — Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens. (Th. Bordeaux, 1887.)
Liébault. — Du sommeil et des états analogues. (Paris, 1866.)
Liébault. — Confession d'un médecin magnétiseur. (*R. d. l'hypn.*, 1re année, p. 143.)
Liébault. — Veille ; sommeil ; hypnotisme. (*Rev. de l'hypn.*, oct. 1894.)
Liébault. — La veille, état actif de l'âme ; le sommeil état passif... (*Zeitch f. hypn.*, 1894, III, p. 2248 et 3346.)
Liébault. — La vérité n'a pas toujours une apparence probable. (*Zeitsch. f. hypn.*, II, p. 75.)
Longpretz. — Microbisme latent et autotoxiinfection. (Th. Nancy, 1905.)
Loveland. — Hystérical Anoesthésia and analgesia. (*N.-Y. Méd., journ.* 1901, LXXXIII, p. 283-285.)
Luengo. Ceguera instantanea de naturaliza hysterica. (*Rev. d. méd. y cirugia pract.*, 14 oct. 1905.)
Macarlo. — Annales médico psychologiques (1844).
Magnan. — De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique. (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 1873, nos 46 et 47.)
Magnin. — Etude clinique et expérimentale sur l'hypn. (Th. Paris, 1889.)
Magnin. — Les dompteurs du feu (*Ann. de Soc. psyc.*, 1900, p. 119-126).
Magnin. — Sensibilité et hypnotisme chez les hystéro-épileptiques. (*Rev. de l'hypn.*, 1902, XVI, p. 301-303.)

Magnin. — Action des excitations mécaniques faibles et répétées, sur l'anesthésie hystérique. (*Soc. d'hypn. et de psych.*, 17 mai 1904.)
Marinesco. — Physiol. path. des modific. de la sensibilité dans le tabes; la maladie de Friedreich et la syringomyelie. (*Soc. méd. des Hôpitaux*, 6 mars 1896.)
Marinesco. — Un cas de surdi-cécité avec œsophagisme chez une histérique. (*Sem. méd.*, 1899, p. 110.)
Marlow. — Hystérical blindness in the male. (*New-York méd. journ.*, 9 février 1889.)
Mathias Duval. — Mécanisme du sommeil. (*Soc. de Biol.*, 2 février 1895, *Rev. scient.*, mars 1898, *Rev de neurol.*, 1899, p. 55.)
Mathias Duval. — Art. Hypnotisme. (*Nouveau dict. de méd. et de chirurg. prat.*)
Maury. — Sommeil et rêves.
Mayet. — Traité de diagnostic méd. et de semeiologie. (Paris, 1898.)
Mendel. — Ueber hysterische amaurose.(*Deutsche zeitschrift f. prakt. médic.*, 1871, p. 403.
Mesnard. — Leçon clinique sur quelques manifestations de l'hystérie simulant des lésions des nerfs périphériques. (*Ann. policlinic.* Bordeaux, 1900, XI, p. 97-108.)
Mesnet. — Trouble fonctionnel des sens et de la sensibilité dans l'hypnotisme. (1889, p. 257.)
Meyssan. — Les psychoses traumatiques. (Th. Bordeaux, 1900.)
Mills. — Athetose avec troubles diffus bilatéraux de la sensibilité. (*Journ. of Nerv. and médic. Diseases*, 1891.)
Mills et **Senkler.** — Anesthésie daus les lésions du talamus et de la capsule interne. (*Americ Assoc. of neurology* et *Mercredi médical*, 1893, p. 516.)
Milne Bramwell. — L'anesthésie hypnotique. (*Rev de l'hypn.*, 1897, p. 321.)
Molignier. — L'Inquisition dans le Midi de la France au XIII• et XIV• siècle. (Paris, 1880.)
Moll. — L'hypnotisme. (Berlin, Fischer, 1894.)
Morisani Domenico. — Contribuzione allo studio delle localizzazioni cerebrali. Emianesthesia da trauma. Trapanazione del cranio. (*Giorn. di neuropatologia*, 1884, XI, p. 181.)
Mossé. — Valeur semeiologique de l'anesthésie de l'arrière gorge et de l'épiglotte comme stigmate d'hystérie. (*Mercredi méd.*, 1892, p. 479.)
Myers. — De la conscience subliminale. (*Ann. de Soc. psychol.*, 1898, VIII, 88-126, 170-185, 196-227.)
Neumann. — La grande hystérie traumatique mâle. (*Deutsch arch. Blin. méd*, 1891, p. 58.)
Paraselse. — Practica Theophrasti Paracelsi. (Nuremberg, 1529.)
Parmand. — Anesthésie de la rétine. (*Ann. d'ocul.*, juill. 1886.)

Parisot (Pierre). — Inculpation d'avortement. Faux aveu d'une hystérique. Etudes de médecine légale. (Nancy, 1904. Crépin-Leblond.)

Parisotti. — Le champ visuel des névropathes et des psychopathes. (*Bollett della. R. Acad. méd. di Roma*, 1894, n° 4.)

Peter. — Du rôle de l'émotion morale dans la pathogénie des maladies du système nerveux. (*Journ. de méd.*, Paris, janvier 1891.)

Peletin. — Mémoire sur la découverte des phénomènes que présentent la catalepsie et le somnambulisme. (Lyon 1787.)

Pillement. — Histoire de la médecine légale en Lorraine. (*Rev. méd. de l'Est*, mars 1905.)

Pitres. — Des anesthésies hystériques. (Bordeaux, 1887.)

Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme. (Paris 1891).

Pitres. — Rôle des phénomènes psychiques inconscients et des rêves dans la pathogénie et la curation des accidents hystériques. (*Rev. de l'hypn.*, nov. 1894.)

Pomme. — Essai sur les vapeurs. (1760.)

Pronier. — De l'anesthésie généralisée ; son influence sur la conscience et le mouvement. (*Rev. de méd.*, 1893, n° 7.)

Proust et Ballet. — De l'action des aimants sur les anesthésies. (*Journ. de thérap.*, 1879.)

Pupin. — Théorie du sommeil. (Th. Paris, 1896, n° 222.)

Puysegur. — Mémoires pour servir à l'histoire du magnétisme animal. (1784.)

Rabenau (Friedrich von). — Uber die sensibilitætsstœrsungen bei hystérischen. (Berlin, 1869.)

Ramsay. — Anesthésie partielle. (*Proc. Soc. Psych. Rescarch.* Janvier 1894, p. 236.)

Raymond. — De l'anesthésie cutanée et musculaire dans ses rapports avec le sommeil provoqué et avec les troubles du mouvement. (*R. de médecine*, 1891, p. 389.)

Raymond. — Hémianesthésie par lésion de la capsule blanche interne. (*Société anatomique*, 15 janvier 1892.)

Raymond et **Janet.** — Névroses et idées fixes. (Paris. Alcan, 1898.)

Raymond et **Janet.** — Note sur l'hystérie droite et l'hystérie gauche. (*Année psych.*, 1899, p. 607.)

Regnard. — Maladies épidémiques de l'esprit. (Paris, 1887.)

Regnault. — Ce qu'il faut entendre par suggestion. (*R. de l'hyp* , 1902, p. 46.)

Regnault. — De l'hypnotisme dans la genèse des miracles. (*R. de l'hyp.*, mars 1894.)

Regnault. — Rôle de l'hypnotisme dans l'histoire des religions. (*Méd. moderne*, 1894, p. 1452.)

Regnault. — Valeur de l'hypnotisme comme moyen d'investigations psychol. (2° *Congrès internat. de l'hypn.* Paris, 1900.)

Ribot. — Etats morbides de l'attente. (*Revue philos.*, 1888.)

Ribot. — Les maladies de la personnalité. (1885.)
Ribot. — Les maladies de la volonté.
Ribot. — Psychologie de l'attention. (1889.)
Riche. — Etude sur les troubles objectifs des sensibilités superficielles dans le tabes. (*Nouv. icono. de la Salpêtrière*, 1899, XII, 326-339.)
Richer (Paul). — Etudes chimiques sur l'hystéro-épileptie ou grande hystérie. (Paris, 1881.)
Richer (Paul). — L'hystérie dans l'histoire. (Paris, 1885.)
Richer (Paul) et Gilles de la Tourette. — Hypnostisme. (*Dict. enc.-de Dechambre.*)
Richet. — Anesthésie cutanée totale sauf à l'électricité. (*Gaz. méd. de Paris*, 1876, p. 1909.)
Richet. — Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité. (Th. Paris, 1877.)
Rochas (A. de). — L'état de crédulité. (*Revue scientifique*, fév. 1887.)
Rochas (A. de). — L'extériorisation de la sensibilité. (*Cosmos*, 1901, p. 175-178, 1 vol. Chaumel, Paris, 1895.)
Russel (Reynolds). — Remarks on paralysies and others discorders of motion and sensation dépendant of Idea. (*Brihsh méd. journal*, 1869.)
Saint-Ange. — Contribution à l'étude de la cécité hystérique. (*Rev. méd. Toulouse*, 15 mars 1884, p. 1637.)
Salterain (J. de). — Amaurons hystérica doble. (*Rev. méd. del Uruguay*, 1899.)
Sarlo (De). — La théorie moderne de la psychologie de la suggestion. (*Rivista italiana di Filosofia*, 1893.)
Schiff et **V. Goa.** — La pupilla come esthésiomètre. (*L'Imparziale*, 1874.)
Schneider. — Die psycholische Ursache der hypnotischen. Erscheinungen. (Leipzig, 1886.)
Seglas et **Bonnus.** — Anesthésie généralisée, expérience de Srümpel. (*Arch. de neurol.*, 1894.)
Semal. — La psychose hypnotique. (1889.)
Sextus. — Auto-hypnotisme; seef-suggestion. (*Méd. lég.*, 1898, XVI, p. 43-58.)
Skokalsky. — Uber anesthésia und hyperesthésia bei hysterischen frauen. (*Prager Viertljahres bericht*, 1851.)
Sollier. — *Congrès de médecine*, Lyon, 1894. Influence de la sensibilité de l'estomac sur l'évolution de la digestion.
Sollier. — Genèse et nature de l'hystérie. (Alcan, 1897.)
Sommer. — La mesure de la suggestibilité. (*Interméd. de biolog.*, 1898, XVI, 183-185.)
Soury. — A propos de l'hypothèse de Mathias Duval sur le sommeil. (*Arch. de neurol.*, 1897, 2e série, III, 301 et *Presse méd.*. 1901, n° 47.)
Spehl. — La psychothérapie et la suggestion vigile. (*Rev. de l'hypn.*, 1902, XVI, 290-294.)
Spencer. — Principes de psychologie. (Traduction par Ribot et Espinas).

Spillmann et **Haushalter**. — Manuel de diagnostic médical. (1904.)
Spoddart. — Anœsthésia in the intane J. of Ment. sc. (1899, XLV. p. 699-713.)
Star Allen. — Hémianalgésie alterne. (*Méd rec.*, 11 fév. 1893.)
Strzeminsky. — Troubles oculaires dans l'hystérie. (*Recueil d'ophtalm.*, 1899, XXII, 535-547.)
Strümpell. — Ein beitrag zür theorie des schlafs.
Sully. — Illusion des sens et de l'esprit. (1883.)
Surbled. — Puissance de l'imagination, sueurs de sang et stigmates sacrés. (*Rev. de quest. scientifiques,* 1898.)
Sydenham. — Dissertation sur l'affection hystérique.
Taine. — De l'intelligence (Hachette, édit., 1870.)
Tamburini et Seppili. — Contribuzioni allo studio dell Ipnotismo. (1re communicazione. Reggio, 1882.)
Tamburini. — Sur la nature des phénomènes somatiques de l'hypn. (*R. de l'hypn.*, 1892, p. 141. *Soc. hypn.*, 12 oct. 1891)
Teillais. — De l'hystéro-traumatisme oculaire. (*Gaz. méd. de Nantes*, juin 1904).
Thomsen et Oppenheim. — Uber den Vorkommen und die Bedeutung die sensorichen anesthésie bei erkrankungen des centralen nervensysthèms. (*Arch für psychiat. ünd nervenkrankheiten, B. d.*, XV, 1884.)
Toulouse et Vaschilde. — Méthode pour l'examen et la mesure du goût. (Cosmos, 1900.)
Van Helmont. — Disputatio de magnetica vulnerum curatione. (Paris, 1621)
Veis. — Die hysterische taübstümmheit. (*Münch méd. Wochensch*, 1899, XLVI. 415-416.)
Velsen (van) Prosper. — De la suggestion considérée comme une faculté. (*Soc. d'hyn. et de phych.*. 16 juillet 1905.)
Vergely. — Troubles de la sensibilité aux membres inférieurs chez les diabétiques. (*Gaz. hebd.*, 1893. p. 376).
Vesser. — Ein Fall von doppelseitiger hystérischen amaurose. (*Blin monatsblætter Aügenheilk* 1903, *fasc supp.* p 355.)
Veyssière — Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale. (Th. Paris, 1874.)
Vibert. — La névrose traumatique. (Paris, 1893).
Vigouroux. — Métalloscopie. (*Arch. de Neurol*, T. I et II.)
Vigouroux. — Sur la théorie physique de la métallothérapie. (*Soc. de Biol.*, 1879. p. 401.)
Villa — Psychologie contemporaine. (1904.)
Vires. — L'hypnotisme et la suggestion hypn. (*Nouveau Montpellier médic*, 1891.)
Vizioli. — Del morbo ipnotico et della suggestione. (*Giorn. de Neurol*, 1885, V et VI.)

Vogt. — Ueber die natur der suggestiven anœsthésie. (*Ztschy. f. hypnotismus*, 1898, VII, p. 336-341.)
Vogt. — Valeur de l'hypnotisme comme moyen d'investigations psychologiques. (2° *Cong. intern. Hypn.*, Paris, 1900.
Voisin. — De l'anesthésie cutanée hystérique. (*Gaz. hebd. méd. et chirur.*, 1858.)
Vulpian. — De l'influence qu'exerce la faradisation de la peau dans certains cas d'anesthésie cutanée. (*Arch. de phys.*, 1875, p. 877.)
Vulpian. — Hémiparésie et hémianestésie consécutives à une perte brusque de reconnaissance et attribuées pendant la vie à une lésion au foyer, dans le côté opposé de l'encéphale. (*Rev. de méd.*, 1881, p. 38.)
Wetsphal. — Uber metalloscopie. (*Berl. Klm. Wochen*, 1878, n° 30.)
Wiendt. — Hypnotisme et suggestion. (*Biblioth. de phil. contemp.*)
Wynaends Franken de la Hope. — Explications scientifiques des phénomènes de l'hypn. (*Société d'hypn. et de psych.*, 21 oct. 1902.)
Yung. — Des erreurs de nos sensations. Contribution à l'étude de l'illusion et de l'hallucination. (*Arch. de sciences phys. et nat.*, 3 penod, IX, 1883.)
Ziemssen. — Allge cut. und sens. anesth. (*D. Arch. f. klin. Méd.*, 1890, XLVII, p. 89.)

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE II

Les caractères cliniques de l'anesthésie nerveuse

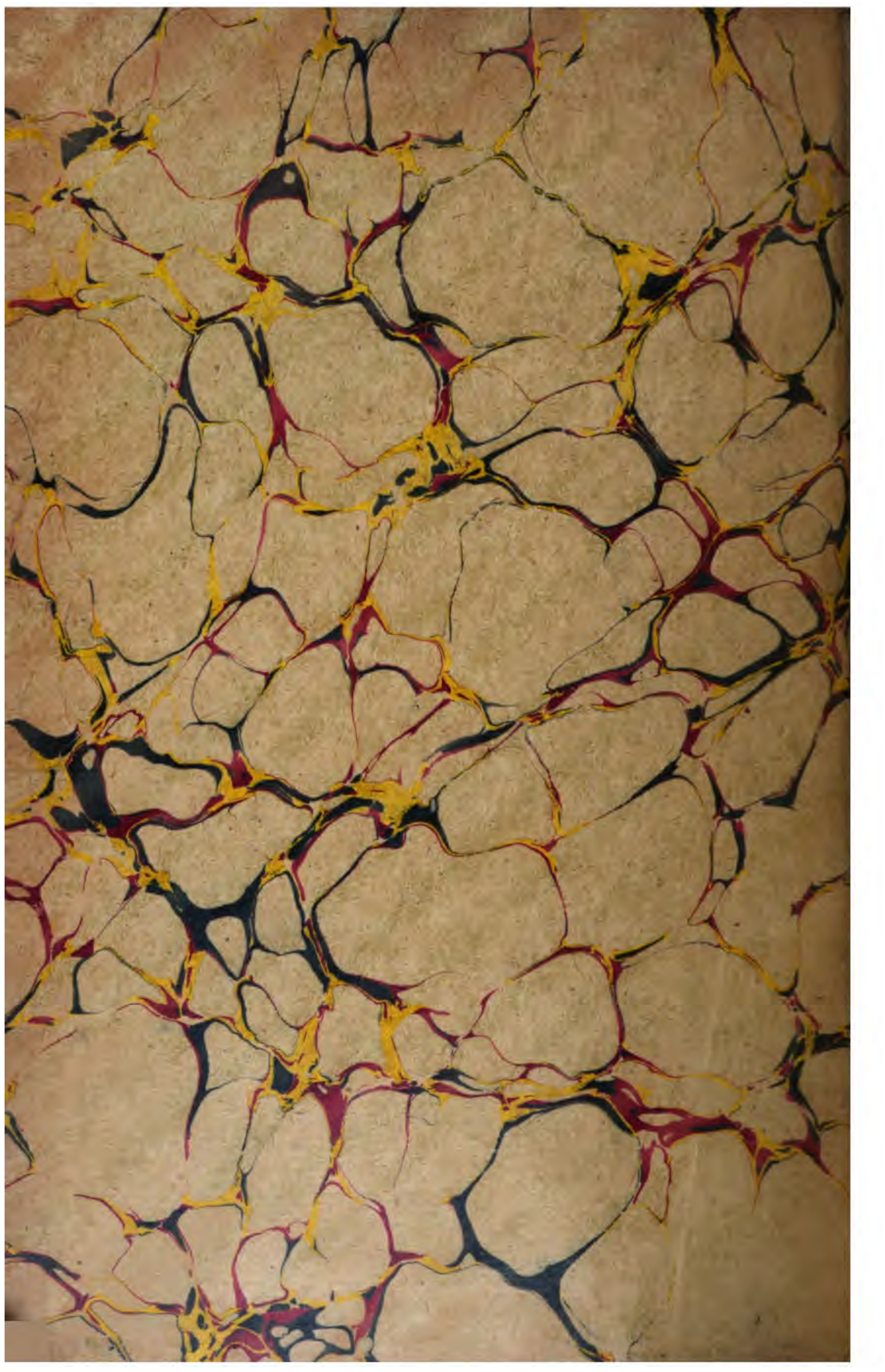
CHAPITRE III

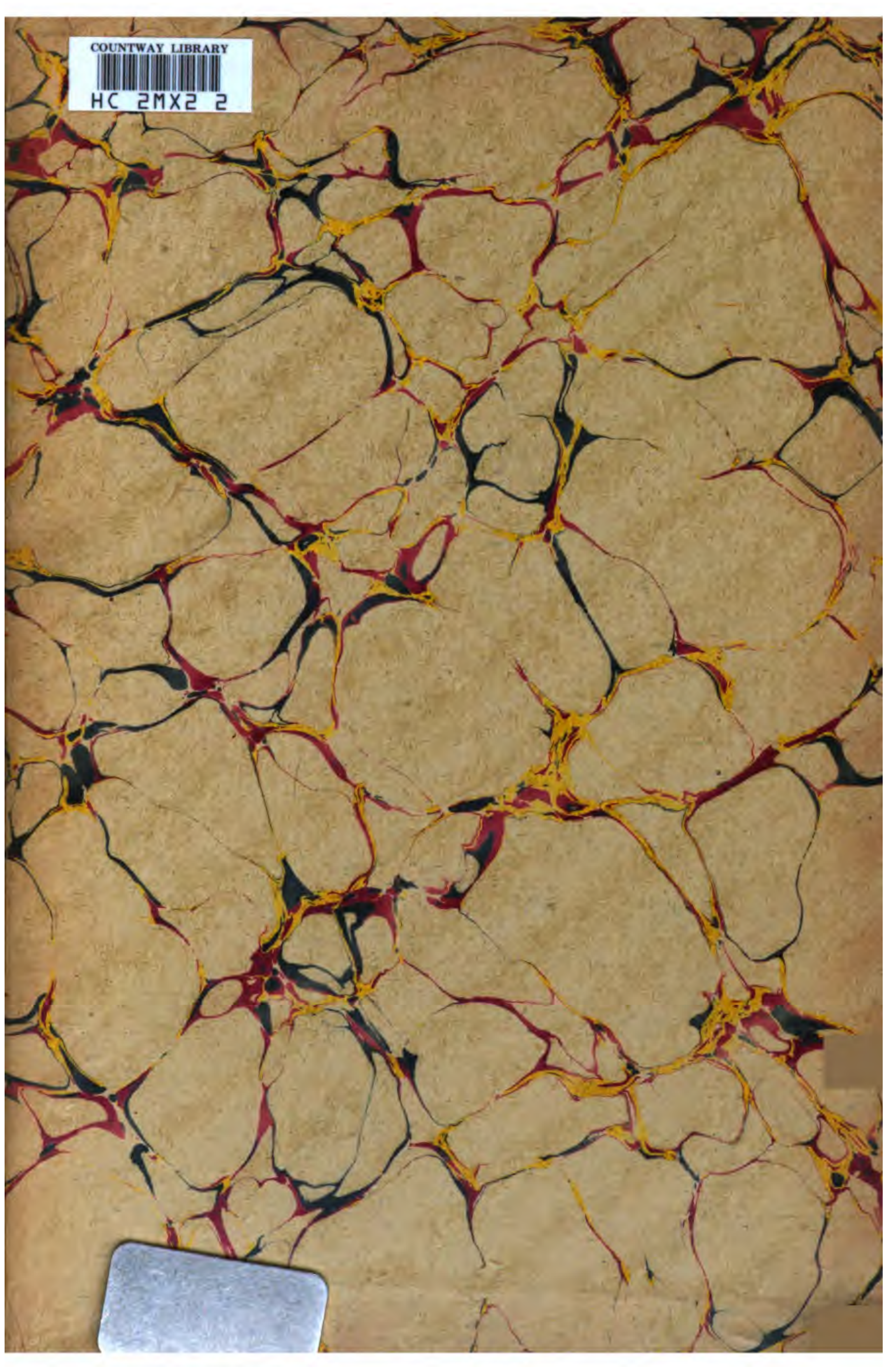
Étiologie de l'anesthésie nerveuse dite hystérique

CHAPITRE IV

Mécanisme de l'anesthésie psychique

IMP. L. KREIS, RUE SAINT-GEORGES, 51, NANCY.




COUNTWAY LIBRARY
HC 2MX2 2

